

Gentaget selvmordsforebyggende behandling

Behandling som den signifikante anden

Bertel Dam Lind



Masteroppgave ved institutt for klinisk medisin

UNIVERSITETET I OSLO

Dato: 2. Maj 2014

Copyright Forfatter

År: 2014

Titel: Gentaget selvmordsforebyggende behandling

Forfatter: Bertel Dam Lind

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
Forord	4
Summary.....	5
Indledning.....	7
Mål	8
Baggrund	11
Databasens historiske rødder.....	12
Register for selvmordsforsøg.....	12
Interviewundersøgelse af personer med selvmordsforsøg.....	12
Spørgeskema til klinisk brug.....	13
Videnskabsgrundlag.....	14
Evidenshierarki	18
Metode og Projektdesign.....	19
Case studie.....	23
Udvælgelsen af cases til den kvalitative analyse	25
Udvælgelse af data til den kvantitative del	26
Resultater	30
1. Præsentation af indledende statistiske fund.....	30
2. Præsentation af kvalitative fund	32
2 hovedtemaer	38
3. Afsluttende statistisk analyse.....	41
Motiver	42
Udløsende årsag.....	42
Diagnose.....	45
Tidligere selvmordsforsøg	46
Resultater af PCA analyse	47
Diskussion.....	51
Diskussion af metoder	57
Konklusion	59
Perspektiver	63
Referencer.....	64
Bilag 1 Oprindeligt spørgeskema.....	70
Bilag 2 Forslag til revideret spørgeskema	81
Bilag 3 Fuldt datasæt.....	86
Bilag 4 Gentagere	89

Forord

Dette projekt anvender data og journalmateriale fra Center for Selvmordsforebyggelse voksne i Odense, Danmark. Centret har behandlet personer med selvmordsforsøg siden 1992 og er dermed det ældste selvmordsforebyggende center i Danmark.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at takke mine gode kollegaer på Centret, som har været til inspiration og støtte i projektet, afdelingslæge Anna F. Knudsen, socialrådgiver Søren Krogh og sygeplejerske Lisbet Ancher Andersen. En helt speciel tak til sekretær Charlotte Thorhauge Johansen, som både har været meget engageret i projektets idé og hjælpsom med praktisk hjælp i forbindelse med at finde arkivsagerne til den kvalitative del af projektet.

Derudover vil jeg gerne takke mine kollegaer i Aabenraa, Bodil Søgaard og Helle Christiansen, for deres opbakning og gode diskussioner omkring feltet.

Seniorforsker Annette Erlangsen har også været en stor støtte i processen samt en god kollega og samarbejdspartner i forskellige projekter gennem de sidste år. Stor tak til hende for hendes engagement og tålmodighed.

Sidst men ikke mindst vil jeg gerne takke vejleder klinisk lektor Elsebeth Nylev Stenager, som igennem hele processen har givet god og konstruktiv kritik og været uvurderlig også som sparringspartner og mentor.

Summary

In this paper a population of 3027 patients with an initial suicide attempt is investigated. The primary target of the research presented here is a sub population of patients with suicide attempts and ideation ($n = 377$), who have participated in more than one treatment over a period of 20 years. The selected population has been compared with rest of the population of patients ($n = 2650$) with only one treatment.

The aim of the investigation was to clarify whether it was possible to detect developments through a series of treatments that could contribute with information on specific characteristics of the patients and improvements in their treatment that could inform us about the effect of the treatment on the patients and on reducing their rate of suicide attempts.

Methods

The methodological approach is mixed design (Creswell 2009) with both quantitative and qualitative method in data collection and in the analysis. The overlying methodical framework is case study (Yin 2009, George 2005, Flyvbjerg 1991). The case study consists of a series of patient cases in which each patient have had more than one treatment registered in the database ($n = 377$).

Quantitative study was conducted using Microsoft SPSS 21 on the 377 patients, selecting items from a 72 item clinical questionnaire that has been used for collecting data on patients since the start of suicide prevention in Odense in 1992. In addition 56 journals were selected from the population on the basis of number of successive treatments and reviewed using Grounded Theory approach (Glaser et al 1967, Braun & Clarke 2006).

Principal Components Analysis (PCA) was used for a multivariate analyses of 32 items in the dataset.

Bivariate analyses of connections between background variables and the selected items have been made. The results are presented in frequencies and percentages, primarily in tables and figures. χ^2 significance test have been made on all analyses of connections.

Results

From the qualitative analyses 2 main themes crystallize, one that gathers information on patients, their life with social and psychological problems and one that contains

information on their relation to treatment, compliance and the meaning that treatment represents for them. Treatment seems to lower the level of suicide attempt by a tendency to help seeking before attempting again and by improving relational skills. The quantitative analyses have shown significant differences between those who repeat treatment and those who do not with respect to age, diagnoses, abuse of alcohol and/or drugs and in particular in their relational problems. This sustains the findings of the qualitative research. In the total population of patients chronic illness with pain shows high significance and affiliation to increasing age and loneliness.

Conclusion

The research demonstrates a significant connection between social and psychological characteristics of the patients and their compliance towards treatment and their way of benefitting from treatment. Treatment reduces suicides as well as suicide attempts and the therapeutic tools of the treatment can be traced in improved relational skills between treatments. The treatment in Centre for Suicide Prevention and its open admission to repeated treatment seems to work as a "significant other", who is available when life gets tough, who listens uncondemning and provides concrete tools to handle life and relations. Even over long timespans the patients remember where to seek help and they seem to use the admissibility as a way of handling a life with outbreaks of suicidal ideation.

Indledning

Selvordsadfærd er hyppigt forekommende i Danmark, og på basis af indberetninger til Landspatientregisteret og Register for Selvordsforsøg på Fyn (Christiansen & Jensen 2004) skønnes det, at der årligt er 8-10.000 personer, der forsøger selvord. Personer, der har forsøgt selvord, har en væsentlig øget risiko for gentagne selvordshandlinger og for fuldbyrdet selvord. Sammenlignet med den generelle befolkning har personer med et selvordsforsøg 60 gange højere risiko for at dø af selvord indenfor de første 5 år efter indexforsøget (Christiansen & Jensen 2007). Selvordsprævention i form af begrænsning af adgang til selvordsmetoder (Nordentoft 2007) har været mål for flere studier, og der er almindelig konsensus om, at der er sammenhæng mellem antallet af selvord og adgang til metoder. Studier af risikofaktorer har præget forskningen i de sidste mange år og har på flere måder bidraget til en større forståelse af fænomenet, uden at man dog på baggrund af disse har kunnet udforme væsentlige præventive tiltag, da selvord er for sjældent et fænomen og sammenhængen til risikofaktorerne er for svag til, at man kan udforme en virksom præventiv indsats overfor risikogrupper (Gunnell 2005; Schwartz-Lifshitz 2012).

International litteratur viser grundlæggende uenigheder omkring effekten af preventive indsatser (Wilkinson, 1994). Der er mange årsager til en sådan skepticisme, alle mere eller mindre centreret omkring den store kompleksitet i det suicidale fænomen og dets relative sjældenhed.

Trods mængden af litteratur og forskning på området, forbliver forebyggelse af selvordsadfærd, både dødelig og ikke dødelig, baseret på usikker videnskabelig evidens (Hawton et al 2005). De almindeligst citerede årsager til denne mangel er utilstrækkelige sample størrelser i randomiserede, kontrollerede studier (Gunnell & Frankel, 1994) og forskningsprogrammer med utilstrækkelig lang varighed (Gouldney, 2005).

Der er kun få studier af behandling af patienter med suicidal adfærd som selvordsforebyggelse (Qin 2009), og de studier, der er gennemført, har væsentlige begrænsninger i populationens størrelse og metode (Hepp et al 2004; Borschman et al 2012) samt problemer med at adskille forsøgsbehandling fra standardbehandling (Nordentoft 2007; Hvid & Wang 2009; Daigle et al 2011). Det har også vist sig vanskeligt at opnå samme resultater, når man efterprøver et tidligere randomiseret

kontrolleret forsøg (Morthorst et al 2012). Da randomiserede kontrollerede forsøg samtidig er dyre og vanskelige at gennemføre i et så multifaktorielt miljø som terapi, så er der behov for også at inddrage andre typer af undersøgelser i evalueringen af behandling som forebyggende intervention (Hadlaczky et al 2011). Mange studier af behandling af selvmordstruede har altså haft store vanskeligheder med at finde resultater, der viser, at behandling virker, samt store vanskeligheder med overbevisende at finde forskelle mellem bestemte behandlingsformer og standardbehandling. Naturalistiske kvalitative undersøgelser af den behandling, der faktisk foregår med et mere hypotesegenererende sigte, synes derfor at være nødvendige for at komme videre (Hjelmeland & Knizek 2010).

Behandlingen i Center for Selvmordsforebyggelse består af kortvarig kriseintervention (max. 10 samtaler) i forhold til patienter, der har haft et selvmordsforsøg eller været så tæt på et forsøg, at det kan betegnes som afbrudt forsøg. Behandlingen tog i 1992 udgangspunkt i Bærum-modellen, og væsentlige træk fra denne er fortsat til stede i behandlingen (Statens Helsetilsyn 1994). Der har kun været lavet få undersøgelser af de ca. 3000 patienter, der siden den selvmordsforebyggende behandling startede i 1992 har gennemgået behandling i centret, og disse undersøgelser har primært været registerbaserede undersøgelser (Christiansen & Jensen 2007). Selve behandlingsindsatsen, og hvilken effekt den har haft på patienterne, har kun været genstand for evaluering to gange (Nielsen 1994 & Benjaminsen 2006). Vi ved derfor noget om, hvordan patienternes demografiske profil er, og hvordan de ligner hhv. adskiller sig fra baggrundsbefolkningen og fra selvmordsforsøgere, som ikke har modtaget behandling, og om man statistisk kan se en forskel i prognoserne for disse grupper (Christiansen & Jensen 2007). Men vi ved ikke, hvordan behandlingen har virket på patienterne på andre parametre end de kvantitativt målte.

Mål

Denne undersøgelse tager sit udgangspunkt i en deskriptiv gennemgang af databasen i Center for Selvmordsforebyggelse i Odense (Søgaard 2012), hvor det blev afdækket, at en stor del af patienterne havde haft mere end ét behandlingsforløb.

Målet med undersøgelsen er at afdække behandlingens effekt på denne delpopulation af patienter med selvmordsproblematik, som har mere end ét behandlingsforløb. Effekt skal forstås i bred forstand, da der ikke er tale om en effektmåling ud fra alene kvantitativt målbare effekter, såsom selvmord eller selvmordsforsøg, men primært

afløede effekter i form af behandlingskomplians eller bedre mestring af livet.

Undersøgelsen gennemføres som en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af den delpopulation af patienter i Center for Selvmordsforebyggelse Odense (CfS), som har mere end ét behandlingsforløb efter et initialt selvmordsforsøg. Et behandlingsforløb kan bestå af én eller flere samtaler med en terapeut, og har en angivelse af start og slut på behandlingen. Det overordnede formål er at identificere behandlingsrelevante sociale, psykologiske og demografiske karakteristika for denne gruppe af patienter, samt at identificere karakteristika ved deres behandlingsforløb, som kan belyse, om og hvordan de profiterer af behandlingen.

Da formålet med behandlingen i et forebyggelsescenter er at forhindre eller reducere repetition af selvmordsforsøg og fuldbårde selvmord, er en gruppe, der tilsyneladende har brug for mere end ét forløb i behandling, et vigtigt kritisk udvalg. At følge en sådan gruppe over tid og gennem flere kontakter kan hjælpe os med at forstå behandlingens effekt og potentialet for forbedring af behandlingen, idet vi får mulighed for at sammenligne flere behandlingsforløb med samme patient og følge den samme patient over længere tidsforløb.

Det centrale emne for undersøgelsen bliver derfor at afklare, om der kan konstateres udviklinger gennem flere behandlingsforløb, som kan afsløre særlige karakteristika ved patienterne og om udviklinger i deres behandlingsforløb, som kan give os informationer om behandlingens virkning på patienterne generelt og dens effekt på reduktion af gentagne selvmordsforsøg.

Følgende mål har været styrende for undersøgelsen:

1. Hvad karakteriserer den udvalgte population med hensyn til sociale og psykologiske karakteristika, og hvordan adskiller den udvalgte population sig fra hovedpopulationen på såvel kvantitative som kvalitative karakteristika?
2. Hvilken længde har de gennemførte behandlinger (antal behandlingssessioner). Hvor lang tid går der mellem de enkelte behandlingsforløb? Hvilken betydning har det for, hvordan patienterne bruger behandlingen?
3. Hvilken effekt har behandlingen for patienterne og sandsynligheden for repetition af selvmordsforsøg?
4. Ud fra såvel den kvantitative som den kvalitative undersøgelse udarbejdes en vurdering af det datasæt, som er oparbejdet i Center for Selvmordsforebyggelse.

Baggrund

Den foreliggende undersøgelse er et selvstændigt regionalt studie, men udspringer af og indgår som en del af en større landsdækkende undersøgelse, **Opfølgning af behandling til selvmordstruede ved regionale kompetencecentre** (Opfølgningsprojektet) (Erlangsen et al 2012-2014).

Opfølgningsprojektet er et retrospektivt multicenter projekt, der følger patienter fra de selvmordsforebyggende centre i Danmark fra etableringen af de første centre i København og Odense i 1992, i Århus i 1996 til starten af centre i Ålborg og Region Sjælland i 2007. Alle centre har leveret data på patienter frem til udgangen af 2010.

Det primære formål med Opfølgningsprojektet er at undersøge, om der kan konstateres en lavere relativ risiko blandt behandlede personer end for en lignende kontrolgruppe uden samme selvmordsforebyggende behandling. Der anvendes propensity score matchning. Der undersøges for følgende hændelser: selvmordsforsøg, selvmord og anden dødsårsag. Et sekundært formål er at identificere beskyttende prædiktorer for selvmordsadfærd, idet vi udover behandlingseffekt også vil kunne sammenligne populationerne på mange andre f.eks. demografiske parametre.

Et problem ved opfølgning på behandling efter selvmordsforsøg er den lave basisrate for selvmord, selvmordsforsøg og øvrige selvskadende handlinger, samt vanskelighederne ved at adskille disse handlinger fra hinanden på en ensartet måde (Silverman et al 2007). Store studiepopulationer er nødvendige for at kunne måle en effekt i form af reducerede selvmordshandlinger, og behovet for større opfølgningsstudier er gentagne gange blevet påpeget (Hawton, Townsend, Arensman, Gunnell, Hazell, House, & van Heeringen 2003; Townsend et al. 2001). Danske registerdata (Pedersen et al 2006) muliggør opfølgning af større persongrupper over tid med komplet dækning for alle personer bosat i landet. Ved at benytte den unikke dataindsamling over brugere fra Center for Selvmordsforebyggelse (CfS) i Region Syddanmark samkørt med journaldata fra alle andre regioner herhjemme kan vi måle behandlingseffekten for alle personer, der har modtaget behandling for selvmordsforsøg på et forebyggelsescenter i Danmark. Effekten bliver målt i form af gentagne selvmordsforsøg, selvmord og andre dødsfald. Resultaterne vil hjælpe os med at identificere beskyttende faktorer. Dette er en unik mulighed og vi har ikke kendskab til studier med en lignende stor opfølgningspopulation i international sammenhæng.

Studiet er den første landsdækkende opfølgning af den selvmordsforebyggende behandling i Danmark. Resultaterne fra dette studie er nødvendige for at kunne kvalitetssikre og optimere den forebyggende indsats overfor selvmordstruede. De vil søges integreret direkte i eksisterende praksis via videreformidling til de regionale kompetencecentre.

Sammen med tidligere undersøgelser, primært i Odense databasen (Christiansen et al 2007; Søgaard 2012) vil disse undersøgelser danne basis for en styrkelse af forskningssamarbejdet mellem kompetencecentrene i regionerne med henblik på udvikling af det kliniske arbejde og udførelse af flere prospektive, randomiserede studier samt oprettelse af et nationalt register for behandling af selvmordsforsøg, som bør ligge hos Sundhedsstyrelsen.

Databasens historiske rødder

Register for selvmordsforsøg

Det tidligere Fyns Amt blev i 1989 valgt som det område i Danmark, hvor en systematiseret registrering af selvmordsforsøg blev iværksat. Man indgik aftaler om videregivelse af data på personer med selvmordsforsøg fra somatiske og psykiatriske afdelinger, skadestuer, praktiserende læger, speciallæger og fængsler. Registret administreres af Center for Selvmordsforskning. Siden 2002 har registreringen kun omfattet somatiske og psykiatriske afdelinger, hvor data registreres elektronisk. Registreringen omfatter personer fra 15 år og opefter, og der indhentes oplysninger på 11 parametre, omfattende CPR-nr., fakta vedr. tid og sted for selvmordsforsøget, registreringssted og om forsøget medfører indlæggelse, hvor personen henvises fra og hvortil, metode og information om alkohol indtag. På Center for selvmordsforskning tjekkes data manuelt for at sikre, at der er overensstemmelse imellem WHO's definition på selvmordsforsøg og den angivne klassifikation, dvs. forskeren gennemser journalnotaterne for at sikre, at der reelt er tale om selvmordsforsøg iflg. WHO's definition. Register for Selvmordsforsøg (Christiansen & Jensen 2004) er et longitudinalt offentligt register, der stiller data til rådighed for forskere, og som indgår i international forskning som en del af *WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide* (Bille-Brahe et al 1996).

Interviewundersøgelse af personer med selvmordsforsøg

Som den anden del af projektet blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse af personer med selvmordsforsøg i 1990 – 1991. Undersøgelsen omfattede interview af 139 patienter, der som følge af selvmordsforsøg blev indlagt på Psykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital, indenfor en uge og igen efter 1 år.

Interviewskemaet ”The European Parasuicide Study Interview Schedule” (EPSIS) var et standardiseret spørgeskema, udarbejdet af *WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide*.

Undersøgelsen gennemførtes af læge Elsebeth Stenager og resultaterne præsenteredes i Ph.d afhandlingen ”Attempted Suicide Treatment and Outcome – A Clinical Psychiatric Study” (Stenager 1996).

Spørgeskema til klinisk brug

I forbindelse med etableringen af klinikken i tilknytning til Center for Selvmordsforebyggelse i Odense i 1991, valgte man at udarbejde et mindre omfattende spørgeskema til klinisk brug (Bilag 1) med udgangspunkt i EPSIS og med henblik på at indhente data til fortsat udvikling af de kliniske tilbud og monitorering af indsatsen. Der indhentes data på bl.a. køn og alder, henviser, tidligere selvmordsforsøg og selvmord i familien, alkohol i relation til selvmordsforsøget, intention, udløsende årsager, motiver til forsøget, demografiske data omkring civilstand, bopæl, indkomstforhold og uddannelse, lidelser af såvel somatisk som psykiatrisk karakter samt etnicitet.

Spørgeskemaet udfyldes af det kliniske personale i samarbejde med patienten ved opstarten af et samtaleforløb. Denne dataindsamlingsproces har fundet sted uafbrudt siden klinikkens start og er fortsat en del af det kliniske arbejde. Hidtil har dataindsamling været på papir. Data er overført til et digitalt statistikprogram (SPSS) én gang årligt og spørgeskemaerne er makuleret. Materialet omfatter fra perioden 1992 – 2011 ca. 3000 patienter. Som omtalt er der på nuværende tidspunkt planlagt et opfølgingsprojekt i samarbejde med de øvrige forebyggelsescentre i Danmark og samkøring af data med Danmarks Statistik med henblik på at anvende det omfattende datamateriale, der er samlet via spørgeskemaerne gennem alle årene til systematisk forskning og validering af behandlingstilbud til personer med selvmordsforsøg. Der er endvidere indhentet tilladelse til brug af data fra patientjournalerne.

Videnskabsgrundlag

Valget af analysedesign til en videnskabelig undersøgelse må altid foretages ud fra konkrete hensyn til problemstilling, teoretisk tilgang, opgavens karakter, ressourcer med mere. I en opgave som den foreliggende, hvor der anvendes både kvantitative og kvalitative metoder, er det vigtigt at forholde sig til, hvad der kan anses for sandhed og rationalitet i de forskellige epistemologiske og ontologiske forudsætninger, der ligger i de to tilgange.

Den kvantitative tilgang (positivismen og rationalismen) handler grundlæggende om ”Erklären”, beskrivelse og den kvalitative (fænomenologien) om ”Verstehen”, forståelse (Gilje og Grimen 1995). De kvantitative metoder har især succes med at give overblik over tilstande i store populationer med det primære spørgsmål om hvem, hvad og hvor meget, målinger af mængde og hyppighed af et fænomen.

Til den kvantitative tilgangs resultater hører den stadige monitorering af udbredelsen af selvmord, nationalt og internationalt gennem WHO, samt de sidste mange års forskning i risikofaktorer, der bl.a. har udpeget særlige risikogrupper i befolkningen. Den kvantitative forskning i sammenhænge mellem særlige risikosituationer har desuden bidraget med vigtig viden om sammenhænge til f.eks. sygdomme og medicintyper.

Heroverfor står den kvalitative tilgang med dens interesse for det unikke, konkrete og kontekstuelle, hvori dybere indsigt og forståelse skal findes (Flyvbjerg 1991, p. 31).

Når man ser på, hvad det er for egenskaber, der tillægges personer, der har taget deres eget liv eller har forsøgt herpå, så handler det i høj grad om oplevede følelsesindhold. Følelsen af håbløshed (Beck 1974), følelsen af at være fanget i en fælde (entrapment) (Williams 2005), følelsen af ubærlig smerte (Schneidman 1998), følelsen af at være en byrde for andre (Joiner et al 2009), følelsen af at være alene (Joiner et al 2009) er sammen med depression væsentlige indhold i forskellige teorier om selvmord.

De psykologiske teorier om den suicidale person tager altså udgangspunkt i de følelser, der giver mening til de suicidale tanker og den suicidale adfærd, og teorierne er dannet primært på grundlag af erfaringer fra praktisk klinisk arbejde, suppleret med undersøgelser af kliniske populationer.

Det må derfor være oplagt i et studie af personer, der har forsøgt at tage deres eget liv, at søge efter den mening, som handlingen giver for denne person i den suicidale proces.

Når man samtidig ønsker at afdække betydningen af den selvmordsforebyggende behandling for den suicidale person, så er det ligeledes mening, man søger.

En kvalitativ tilgang til undersøgelsen er valgt af hensyn til undersøgelsens relevans for bestræbelsen på at finde den mening, som behandlingen giver for den enkelte patient. Netop den kvalitative tilgang kan sige os noget om patienternes følelser, holdninger, overvejelser, syn på deres lidelse, deres bevæggrunde for at vælge eller fravælge behandling og årsager til manglende kompliance.

For at vurdere undersøgelsens validitet og gyldighed kræves, udover den teoretiske kvalificering af de kvalitative fund, også en vurdering af undersøgelsespopulationens sammenlignelighed med andre populationer med gentagen suicidal adfærd, samt med den samlede population af behandlede i databasen og evt. med endnu større populationer af selvmordsforsøgere eller baggrundsbefolkningen. Den metodemæssige triangulering af kvantitative og kvalitative bidrag samt med forskningslitteratur har som primært formål at vurdere undersøgelsens såvel interne som eksterne validitet, generaliserbarhed og overførbarhed til andre populationer, med eller uden gentagen adfærd. I en vis udstrækning trækkes der i denne del af undersøgelsen på søgninger foretaget i det overordnede projekt, Opfølgningsprojektet, samt forskning foretaget i samme periode af Bodil Søgaard, så det er alene søgningen på personer med gentagen behandling, der selvstændigt behandles i denne undersøgelse.

Udover denne interne validering, trianguleres der endvidere med international forskningslitteratur om emnet. Denne forskningslitteratur søges dels gennem søgninger i OVID databasen:

1. [MEDLINE \(NLM\)](#) (38)
2. [SciVerse ScienceDirect \(Elsevier\)](#) (25)
3. [OneFile \(GALE\)](#) (22)
4. [Health Reference Center Academic \(Gale\)](#) (16)
5. [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#) (6)

dels gennem søgninger i artikelsamlinger og ved at følge litteraturlister fra de fundne artikler. Ud fra fundene i den kvalitative del af undersøgelsen har der været foretaget begrænsede målrettede søgninger i forhold til de emner, som fundene har ledt frem til. Disse søgninger har omfattet følgende søgeord: suicide and depression; suicide and borderline; treatment and suicide; suicide attempt and treatment; suicide behaviour.

At søge at opnå videnskabelighed indebærer at være kritisk overfor sit materiale, f.eks. ved at anvende Popper's falsifikationsprincip (Popper 1996) og søge at modbevise formodede relationer mellem fænomener og derigennem modstå fristelsen til at drage forhastede konklusioner, blot fordi der er udsagn, som synes at lede i en interessant

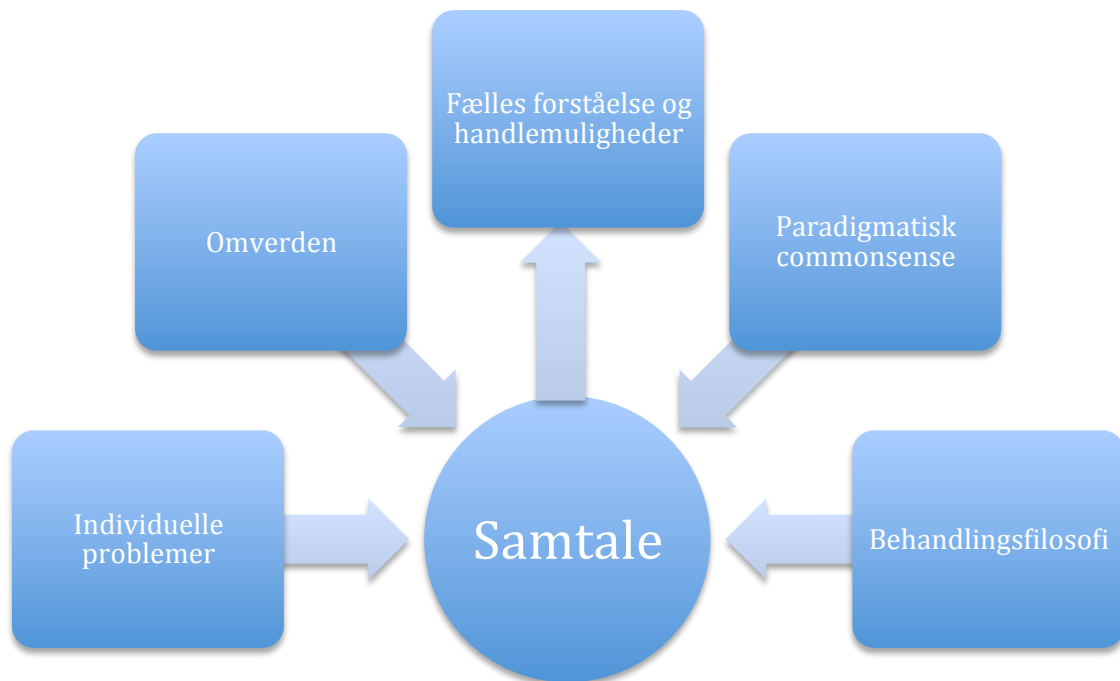
retning. I stedet må materialet kastes gennem enhver mulig test. Kun sådan – hvis vi ikke kan modbevise eksistensen af en bestemt relation, er vi i stand til at tale om objektiv viden.

I denne undersøgelse søges validitet og reliabilitet sikret gennem triangulering (Stige et al 2009) på følgende måde:

- Kildetriangulering (datakilder):
 - Spørgeskema
 - Journaler
- Metodetriangulering (mixed methods):
 - Kvantitativ
 - Kvalitativ
- Teoritriangulering (litteratursøg):
 - Resultaterne holdes op mod Opfølgningsprojektets resultater og andre undersøgelser
 - Teorier afsøges for forklaringer på fund

Induktivt – deduktivt

Undersøgelsen er i sin metode overvejende induktiv, da der i den kvalitative analyse, som er rygraden i undersøgelsen, går fra det specielle til det generelle. Der bruges udsagn, data fra den enkelte case og fra serien af cases til at sige noget på et generelt niveau. At vi med kvantitativ analyse i den indledende fase og afslutningsvis søger at hæve undersøgelsens generaliseringsniveau ændrer ikke ved, at undersøgelsens mål primært er at søge mening. I denne undersøgelse, hvor der anvendes journaldata, er det dog nødvendigt at være særligt opmærksom på, at disse data er skabt i en deduktiv ramme, hvor fortolkningerne i meget høj grad baseres på medicinske, psykologiske og terapeutiske teorier om de fænomener, der betragtes i patientsamtalen.



Hypoteser

Kvantitative undersøgelser er ofte hypotesestyrede og opererer med spørgsmål, hypoteser, der kan besvares med ja eller nej. I en kvalitativ undersøgelse som denne, hvor formålet nok er at få svar på, om en given behandling har effekt eller ej, men hvor undersøgelsens genstand, en samtalerække mellem to personer, er vældig kompleks, optræder hypoteser snarere som noget, der løbende skal opstilles, afkræftes eller bekræftes, og hvor de spørgsmål, der stilles, ikke kan besvares entydigt, men snarere med hvordan, hvorfor, i hvilken sammenhæng... Der kan findes flere gyldige svar på ét og samme spørgsmål, og det skal løbende vurderes hvilket eller hvilke svar, der bedst udfordrer og belyser vores hypotese. Som en naturlig følge af øget indsigt undervejs i undersøgelsen vil det være naturligt, at hypoteser udvikler sig og tager nye former. I Grounded Theory er dette systematiseret gennem "the constant comparative method", som gennem fortløbende analyse fra case til case åbner op for, at hver case kan give ny eller anden indsigt i forhold til den foregående case. De indledende mål for undersøgelsen er derfor mere brede i deres formuleringer, og de kan ændres undervejs, som undersøgelsen skrider frem og ny viden genereres.

Evidenshierarki

I medicinsk forskning opereres der med et evidenshierarki, som er med til at vurdere, hvor sikker evidensen er for de studier, der anvendes. Det kan også bruges til at vurdere værdien af de artikler, der anvendes som validering til egne undersøgelser.

Evidenshierarki:

1. Gentagne undersøgelser med forskellige stærke forskningsdesign opsummeret i gode metastudier og eller systematiske forskningsoversigter.
2. Mindst ét godt gennemført randomiseret kontrolleret studie.
3. Mindst ét naturalistisk longitudinalt studie.
4. Mindst ét retrospektivt tværsnitsstudie.
5. Mindst ét kontrolleret tværsnitsstudie.
6. Mindst ét naturalistisk case-serie studie.
7. Mindst ét naturalistisk casestudie.

Kvalitative studier kvalificerer sig som 6 på evidenshierarkiet.

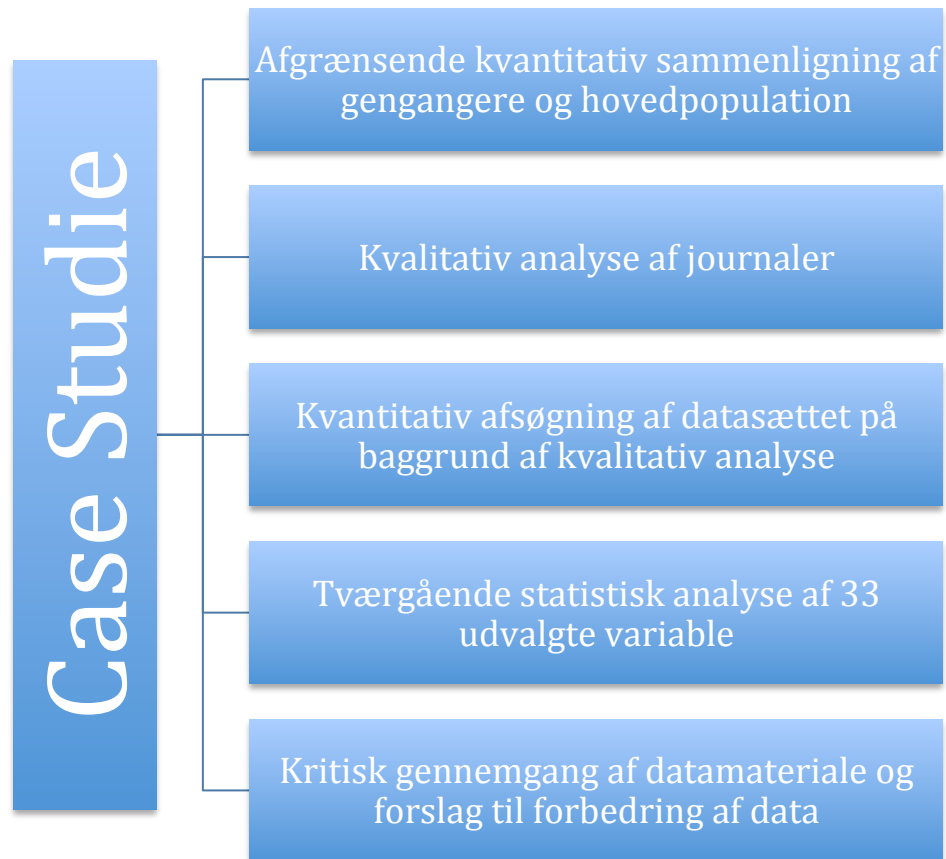
Undersøgelsen som helhed, kvalitativ del og kvantitativ del rangerer altså ret langt nede på evidenshierarkiet. Denne formelle svaghed ved designet søges kompenseres gennem den kvalitative dybde i undersøgelsen, dens karakter af longitudinalt retrospektivt studie og ved den triangulering, der foretages gennem inddragelse af både kvalitativ og kvantitativ metode og ved kvalificering af undersøgelsens fund ved sammenligning med forskningsresultater fra undersøgelser og meta-studier med stærkere design.

Metode og Projektdesign

Der anvendes Mixed design (Creswell 2009) med både kvantitativ og kvalitativ metode i såvel dataindsamlingen som i analysen. Et mixed methods design er særlig brugbart, når hverken kvantitative eller kvalitative forskningsmetoder alene kan bidrage til den bedste forståelse af forskningsemnet. Det bruges i denne undersøgelse, fordi det giver mulighed for både at generalisere fundene fra den udvalgte population i det omfang disse kan kvantificeres og for at udvikle et mere detaljeret billede af den mening, som fænomenet har for patienterne. I dette studie anvendes statistiske data fra patientdatabasen til at kvalificere hvilke variable, der med fordel kan undersøges nærmere i den kvalitative undersøgelse af den udvalgte population. I den kvalitative del af undersøgelsen kvantificeres temaer til videre bearbejdning i en afsluttende kvantitativ bearbejdning med inddragelse af hele populationen. Undersøgelsen foregår altså i 3 faser. Den kvalitative del af undersøgelsen, som består af journalnotater, er indrammet af kvantitativ bearbejdning med henblik på præcisering af forskningsspørgsmålene og generalisering af de kvalitative fund.

Dette er en beskrivelse af, hvordan undersøgelsesspørgsmål, forskningsspørgsmål eller hypoteser og dermed formålet er tænkt besvaret. Det overordnede design er case studiet, og det er det, der er styrende for såvel dataindsamlingsmetode som analysemetoder.

Metode og design afspejler, at der anvendes både kvantitativ og kvalitativ analyse, men der afprøves ikke i egentlig forstand hypoteser. Sigtet er snarere hypoteseGENERERENDE. Systematikken i databearbejdning og datagenerering skal sikre, at undersøgelsesspørgsmål, forskningsspørgsmål besvares.



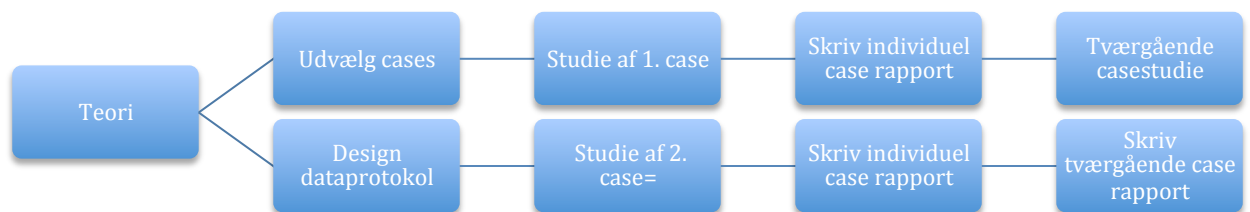
I studiet indgår statistisk bearbejdning (Microsoft SPSS 21) af data for den udvalgte gruppe (gengangere, $n = 377$), som er patienter fra patientregistret i Odense, der i perioden 1992 – 2010 har haft mere end ét behandlingsforløb. Der foretages sammenligning af fundene i gengangergruppen med fundene for den gruppe af patienter, som kun er registreret med ét behandlingsforløb (hovedgruppen, $n = 2650$). Den samlede sample er på 3027 patienter fra databasen i perioden 1992 - 2010.

Der er to formål med den kvantitative analyse i SPSS:

1. præ og post sammenligning af gengangere og hovedgruppen med henblik på at afdække eventuelle forskelle og ligheder mellem de to grupper
2. at finde mulige temaer for gennemgangen af de enkelte patienters journaler

I den kvalitative del ($n = 56$) gennemgås journaler ved hjælp af metoden Grounded Theory, hvor hver case gennemgås for temaer, og hvor hver case løbende sammenholdes med de foregående cases med henblik på evt. overførbare nye temaer. Hver sag er

analyseret for sig med tematisk analyse. Afslutningsvis laves en tværgående analyse af alle cases (n = 377), hvor også data fra datasættet inddrages.



Som supplement til den kvantitative analyse i SPSS, hvor der primært laves sammenligninger mellem den udvalgte gruppe og hovedpopulationen, er der valgt en multivariabel analyse til afdækning af signifikans på tværs af hele datasættet.

I denne analyse anvendes Principal Components Analysis (PCA) på 33 ud af 72 variable i datasættet.

Den overordnede metodiske ramme er case studiet (Yin 2009, George 2005, Flyvbjerg 1991). Case studier anvendes almindeligvis til undersøgelse af begivenheder, der sker lige nu (Yin 2009). Case studies kan udføres både som single case studier og som multiple case studier. Disse kan endvidere udføres med forskellige formål, enten udforskende (exploratory), deskriptive eller forklarende (explanatory).

Type af case studie:

	Exploratory	Descriptive	Explanatory (causal)
Single case			
Multiple cases	X	X	

Yin 2003

I dette studie undersøges begivenheder, som er sket mellem 1992 og 2010. Argumentet for at anvende metoden på historiske begivenheder er, at det, der undersøges, er begivenheder, der er registreret og beskrevet, da de foregik, og det er disse registreringer og beskrivelser i form af journaler og indsamlede data på hver enkelt patient, der er

fokus for undersøgelsen. I undersøgelsen genskabes altså i en forstand den historiske begivenhed på ny og udsættes for undersøgelse, som om den skete lige nu.

Begrundelsen for at vælge case studiet som den overordnede ramme er, at formålet med undersøgelsen ikke bare er at udtrække data fra materialet, men primært er at undersøge hele den proces, som en serie af gentagne behandlingsforløb kan afdække. Formålet er at undersøge ikke bare, hvad der karakteriserer patienterne, men i høj grad det der sker imellem behandler og patient i de enkelte forløb, samt hvad der forårsager et nyt forløb, og hvad der karakteriserer opfølgende forløb og tiden mellem forløb.

Veerman & van Yperen argumenterer for, at anvendelse af lange serier af case studier i klinisk psykologi, der bekræfter predikerede adfærdsændringer efter opstart af behandling, kan bidrage med væsentlige elementer af evidens for behandlingseffekt (Veerman & van Yperen 2007).

Den valgte metode er struktureret, fokuseret og sammenlignende. Struktureret i den forstand, at der forud for undersøgelsen er formuleret forskningsspørgsmål, som er styrende for, hvad der søges efter i datamaterialet, og at disse spørgsmål stilles til alle cases med henblik på at styre og standardisere dataindsamlingen. Metoden er fokuseret i den forstand, at den kun beskæftiger sig med bestemte dele af datamaterialet. Det er vigtigt, at struktur og fokus fastholdes gennem alle cases, så de kan sammenlignes på tværs.

Formålet med denne stramme dataindsamlingsmetode er at sikre, at data fra cases ikke får karakter af anekdotiske enkeltcases, men at der søges efter fælleselementer i cases.

Der findes altså flere forskellige måder at anvende case studie på, nogle er teoriafprøvende, andre teorigenererende. I dette studie er valgt en heuristisk tilgang, hvor der induktivt identificeres nye variable, hypoteser, kausale mekanismer og kausale spor. "Afvigende" og "specielle" sager kan være særligt velegnede til heuristiske formål, da udfaldene pr. definition ikke er, som traditionelle teorier vil forudsige. Sager hvor variable co-varierer som forventet, men med ekstremt høje eller lave værdier kan også være med til at afdække kausale mekanismer (George 2005).

I et case studie, der som denne bygger på en serie af retrospektive kasuistikker, er det vigtigt at være opmærksom på den særlige setting, som disse cases er taget fra, nemlig det medicinske terapeutiske interview, som har mål og metoder, der har betydelig indvirkning på hvad, af hvem og hvordan der fortolkes. Interviewet styres af på forhånd fastlagte kategorier, der styrer journaloptagningen, og formålet med interviewet er ikke

bare indsamling af viden, men er et fælles mål hos både patient og behandler om at forbedre patientens tilstand. I interviewet indgår også strukturerede medicinske interview, der skal afklare selvmordsforsøgets intention og intensitet og afdække det følelsesmæssige indhold i patientens suicidalitet. Der sker altså en udveksling af informationer og ideer fra patient til behandler og fra behandler tilbage til patient. Så den tekst, der opstår af dette interview, denne terapeutiske samtale, er en fortolkning med bidrag fra både de terapeutiske værktøjer og fra de to deltagere i samtalen, patienten og behandleren. Vi skal altså være opmærksomme på, at temaer og kategorier, som vi kan trække fra sagerne, kan være påvirket af patientens fortolkning af sin egen situation, men også i høj grad kan være påvirket af behandlerens viden om feltet og dets forskning og af de terapeutiske termer, som behandleren har tilegnet sig (Foucault 1974 & 2005; Hunter 1991).

Case studie

Case studiet udgøres af en serie af behandlingsforløb (cases), der består af patienter registreret i databasen i CfS med mere end 1 behandlingsforløb ($n = 377$).

Casen, de enkelte behandlingsforløb og sammenhængen imellem dem for den enkelte patient, er begivenheden. Afslutningsvis er de udvalgte cases til den kvalitative del af undersøgelsen ($n = 56$) samt hele den udvalgte population blevet sammenlignet på tværs af cases for at afklare, om der er sammenhænge, som kan generaliseres for hele populationen. Den udvalgte population er endvidere blevet sammenholdt med populationen af patienter med kun ét forløb i forhold til udvalgte parametre, der er fremkommet gennem den kvalitative dataindsamling og analyse.

Undersøgelsen har gennemgået følgende faser:

Fase 1: Udvælgelse af data på hovedpopulationen og oprensning af data

Fase 2: opsplitning af data i følgende populationer og underpopulationer:

1. Patienter med mere end ét behandlingsforløb
 - a. Med nyt selvmordsforsøg
 - b. Uden nyt selvmordsforsøg
2. Patienter med kun ét behandlingsforløb

3. Hver enkelt patient case for sig
 - a. Statistiske data (n = 377)
 - b. Journaloplysninger (n = 56)
4. Sammenligning mellem den population, der er udvalgt til kvalitativt studie (n = 56) og resten af den udvalgte population (n = 321)
5. Sammenligning på de fundne værdier med hovedpopulationen (n = 2650)
6. Gennemgang af databasen på 33 variable med PCA

For at styrke designet og kvalificere de spørgsmål, der kan stilles til datamaterialet, gennemføres der indledningsvis en statistisk analyse af data fra den generelle database. I denne del af undersøgelsen er der statistisk set på, om gruppen af gentagere som helhed adskiller sig fra resten af patienterne i databasen på de parametre, der er i databasen af både sociale, demografiske og psykologiske faktorer, samt set på om og hvordan de to undergrupper af hhv. patienter med og uden nyt selvmordsforsøg adskiller sig fra hinanden. Analyser af de psykologiske faktorer er foretaget for hver enkelt patient i den population, der bliver udvalgt til den kvalitative undersøgelse af patientforløbene, så man kan se udviklingen igennem forløbene. Til brug for analysen i den statistiske del bruges Microsoft SPSS 21.

Den samlede population (n = 3027) er blevet delt i to, den udvalgte population (n = 377) og hovedpopulationen (n = 2650). Disse to populationer vil blive sammenlignet på baggrund af data fra databasen med henblik på afdækning af eventuelle forskelle og ligheder mellem de to populationer. Der udtrækkes informationer om Køn, Alder, Udløsende årsager til selvmordsforsøget, Motiver til selvmordsforsøget, Intention bag selvmordsforsøg, Intensionsgrad ved score på Pierce skala (Pierce 1977).

Alle cases i den udvalgte population (forløbsserier) er analyseret på tværs af forløbene på samme data.

Et udvalg af cases (n = 56), selekteret fra gengangergruppen som patienter med mere end 2 forløb, er studeret ved kodning af journalernes tekst.

Ved journalgennemgang har jeg undersøgt, om der er forhold i de gentagne forløb, der kan bidrage til en dybere forståelse af de patientkarakteristika, der er fremkommet ved den kvantitative undersøgelse. Der er specifikt blevet set på de motiver og årsager, som

patienten angiver til den suicidale adfærd, der ligger umiddelbart forud for behandlingsforløbet, samt på de grunde, der angives til fornyet kontakt med behandlingstilbuddet, med henblik på afdækning af forhold i forløbene, som kunne give anledning til forbedring af behandlingsindsatsen (Williams 2005). Som analysemetode i den kvalitative del af undersøgelsen anvendes tematisk analyse med udgangspunkt i Grounded Theory, men tillempet i forhold til det fokus, som undersøgelsen har (Glaser et al 1967, Braun et al 2006). I den kvalitative del udgøres en case af én patients samlede behandlingsforløb, da det er processen fra forløb til forløb, som det er interessant at få belyst.

Hver enkelt patients behandlingsforløb er blevet studeret som selvstændig case og analyseret for emner, der kunne generere nye statistiske data.

Alle cases sammenlignes tværgående for fælles temaer og karakteristika efter samme metode som i den kvantitative del. Endelig er de to undergrupper med gentagne forløb med henholdsvis nyt selvmordsforsøg og uden nyt forsøg blevet sammenlignet, og de to grupper er blevet sammenlignet med de patienter, som kun har ét behandlingsforløb.

Afsluttende laves der en kvantitativ analyse på hele populationen ud fra fundene i den kvalitative del af undersøgelsen. Formålet med denne analyse er at afdække i hvor høj grad fundene i den kvalitative del kan generaliseres til hele den udvalgte population af gentagere samt i hvor høj grad der kan generaliseres til hele populationen eller til andre populationer af patienter med gentagen suicidal adfærd.

Til illustration af datasættets kvalitet og mulighed for at sige noget generelt om den totale population og den udvalgte population er gennemført PCA analyse.

Udvælgelsen af cases til den kvalitative analyse

”Gengangere” reduceres i den kvalitative undersøgelse til patienter, der har mindst ét behandlingsforløb efter år 2000, så det sikres, at så mange af de nyere sager tages med som muligt. Derudover ekskluderes gruppen med 2 forløb fra den kvalitative del af undersøgelsen. Derved fremkommer en population på 52 patienter med 3 eller 4 forløb, 15 mænd og 37 kvinder, samt en gruppe på 4 patienter, 3 mænd og 1 kvinde, med 5 eller flere forløb.

Population udvalgt til journalgennemgang (sidste forløb efter år 2000)

3 forløb

4 forløb

5-7 forløb

Samlet sample

mænd	11	4	3	
kvinder	26	11	1	
i alt	37	15	4	56

I gruppen af gengangere er der en svag, ikke signifikant, overvægt af kvinder i forhold til den samlede population. I grupperne med patienter med hhv. 2, 3 og 4 forløb ligger kønsfordelingen stabilt på ca. 30% mænd og 70% kvinder. Når man kommer op på mere end 4 forløb, så ændres kønsfordelingen markant, idet der, hvis man slår 5-7 forløb sammen kommer op på en 60/40 fordeling. Antallet af patienter er dog så lille i dette udvalg (4), at der ikke kan uddrages noget statistisk af det.

I forhold til udvælgelsen af patienter til den kvalitative undersøgelse var det derimod vigtigt at vurdere, om denne gruppe helt skulle udelades som særtilfælde, eller om den skulle have særlig opmærksomhed som en gruppe, der måske havde helt særlige karakteristika. I forhold til såvel den kvantitative forløbsundersøgelse og den kvalitative journal undersøgelse udelukkede jeg i første omgang gruppen af patienter med mere end 4 forløb fra undersøgelsen og foretog en udvælgelse blandt grupperne med 2, 3 og 4 forsøg. Først da analysen af disse grupper var færdig, vendte jeg tilbage til gruppen med mere end 4 forsøg og analyserede den særskilt, fordi jeg fandt det vigtigt at analysere på ”normale” sager før de ”usædvanlige”, så der bliver større sikkerhed for, at de temaer, der udvælges som centrale i analysen af de enkelte cases ikke bliver farvet af specielle problemstillinger, som måske kun gælder for en lille gruppe.

Det vurderes, at det er forsvarligt at foretage denne reduktion af antal behandlede cases ved eksklusion af cases med 2 forløb, da formålet med den kvalitative del af case studiet er at studere forløb, og det derfor giver mening at studere så lange forløb som muligt. Som ovenfor anført, så studeredes de meget lange forløb på 5 forløb eller mere særskilt, da de kønsmæssigt skilte sig markant ud, og derfor måske var særtilfælde.

Udvælgelse af data til den kvantitative del

Udvalget (n = 377) er kritisk, idet det er valgt at se på en gruppe af patienter, der skiller sig ud fra flertallet af patienter (n = 2650). Udvalget er samtidig et væsentligt udvalg af to grunde: det er et relativt stort naturligt udvalg på over 10%, hvilket skulle sikre, at det ikke bare er et tilfældigt udvalg, og det er et udvalg, som på grund af den måde det

adskiller sig på, har potentiale til at give os information om den behandling, som disse patienter har modtaget, og den mulige virkning, den har haft over tid.

Spørgeskemaet, som ligger til grund for datasættet, indeholder 46 punkter (Bilag 1). De 46 punkter kan opdeles i 10 forskellige kategorier:

- Registrering
- Køn og alder
- Henvisning
- Selvmordsforsøg, herunder i familie
- Måling af intention
- Subjektive årsager
- Demografiske data
- Fysisk sygdom, herunder smerter
- Psykisk sygdom, herunder diagnoser
- Afsluttende spørgsmål, herunder viderehenvisning

De 10 forskellige kategorier er spredt igennem spørgeskemaet, og der er visse steder vældig mange underkategorier, f.eks. 16 mulige svar på ”årsag til selvmordsforsøg”.

Dataanalyse i den kvantitative del

Den simple analyse af de udvalgte svarkategorier i spørgeskemaerne er baseret på udskrift af univariate analyser og proportioner. Derudover er der foretaget bivariate analyser af sammenhænge mellem baggrundsvARIABLENE og de udvalgte faktorer. Resultaterne angives i frekvenser og procenter, og præsenteres primært i tabeller. Der er gennemført en χ^2 signifikanstest på alle analyser af sammenhænge. Testen er udført i statistikprogrammet Microsoft SPSS 21. Det i SPSS angivne signifikansniveau på 5 % er anvendt. En p-værdi på mindre end 0,05 udtrykker, at der er statistisk betydelig sammenhæng mellem det målte med 95 % sikkerhed (Juul 2007).

Som supplement til denne analyse er valgt en multivariat analyse til afdækning af signifikans på tværs af hele datasættet.

Der blev udført en såkaldt Principal Components Analysis (PCA) på et reduceret datasæt, der som udgangspunkt omfattede 2122 patienter, der havde haft ét eller flere selvmordsforebyggende forløb, og for hvilke der var registreret i alt 33 forskellige forklarende variable. Datasættet blev reduceret, så det var komplet i den forstand, at der forelå data for samtlige variable. Udgangspunktet var et væsentlig større antal patientforløb ($n = 3027$), hvor det var nødvendigt at udelade data for de tilfælde, hvor der ikke forelå et komplet sæt data variable. Der blev desuden udført en yderligere PCA, hvori alene indgik forløb (i alt 442) for patienter, der havde haft 2 eller flere selvmordsforebyggende forløb (32 variable).

Princippet i en PCA er, at variationen i de anvendte parametre reduceres til betydende konstruerede variable, som i analysen udtrykkes ved en række akser i et multidimensionalt koordinatsystem. Antallet af akser svarer herved til antallet af anvendte variable. Der er reelt tale om en slags multipel regression. Første akse i det multiple koordinatsystem repræsenterer den bedst forklarende akse, kaldet PCA akse 1, mens anden akse, PCA akse 2 forklarer næstmest af variationen og så fremdeles.

Tilsammen forklarer akserne 100% af variationen i data. Resultaterne af en PCA afbildes typisk i et form af såkaldte biplots (2-dimensionale afbildninger); normalt afbildes kun PCA akserne 1, 2 og 3 (PCA akse 1 mod PCA akse 2, PCA akse 1 mod PCA akse 3 og PCA akse 2 mod PCA akse 3). I sådanne biplots optræder (i statistisk sprogbrug ”ordineres”) de enkelte enheder – i det konkrete tilfælde patienter, der har haft forløb – som punkter. Punkter – eller her patienter – som ligger tæt ved hinanden i biplottene, ligner hinanden meget hvad angår egenskaber – i det konkrete tilfælde mht. forklarende variable. I biplottene vises desuden de forklarende variable som vektorer. Retningen af disse – og deres længde – viser grafisk, hvor godt de hver især er korreleret med de konstruerede akser. Er en variabel repræsenteret ved en lang vektor, som ligger parallelt (eller relativt tæt på parallelt med) en given PCA akse, er denne variabel stærkt korreleret med akse. PCA beregner en korrelationskoefficient (typisk en Pearson korrelationskoefficient, r , der statistisk er baseret på lineær sammenhæng), som beskriver, hvor god den statistiske sammenhæng er mellem en variabel og PCA akserne. Fordelen ved at anvende en multivariat analyse som f.eks. PCA er, at det via de konstruerede akser er muligt at definere flere variable, som sammen - via deres høje grad af korrelation med akserne - er med til at definere disse.

Korrelationer mellem variable indbyrdes og mellem variable og PCA akserne blev vurderet som stærkt signifikante, hvis $r > 0,45$ og $P < 0,001$ (signifikansniveau fastsat i henhold til Bonferroni korrektion; det normalt anvendte signifikansniveau på $0,05/32$). Analyserne blev udført i programmet PC-ORD, version 6 (McCune & Mefford 2011). Data for de fleste variable bestod af binære værdier (0, 1), mens enkelte (fx alder og Pierce scorer varierede på en længere skala af kategoriske værdier: alder fra 15 til 89; Pierce fra 0 til 25). Der blev for sidstnævnte ikke foretaget transformation af data.

Resultater

Præsentationen af resultater vil følge de 4 trin i dataindsamlingen med en kort præsentation af de indledende statistiske fund (1), en midtersektion med præsentation af de kvalitative fund i to tempi med den talmæssige gennemgang af de forhold, der kan gøres op i tal og en længere gennemgang af de væsentligste temaer med eksempler fra patienthistorierne (2), en afsluttende statistisk sammenligning af den udvalgte gruppe af patienter, der deltager i mere end ét behandlingsforløb med hovedgruppen af patienter, der kun deltager i ét forløb (3) og afslutningsvis en statistisk multivariat bearbejdning af 33 udvalgte parametre fra datasættet. Denne fremgangsmåde er valgt for at være helt specifik omkring de forskellige kilder til information, kvalitative og kvantitative data. I diskussionsafsnittet vil resultaterne blive præsenteret og diskuteret samlet med udgangspunkt i de 4 mål for studiet, og resultater fra alle trin vil blive anvendt i en samlet fremstilling.

1. Præsentation af indledende statistiske fund

Forud for det kvalitative studie af patientcases blev der lavet et antal kvantitative tests med henblik på at afdække forskelle og ligheder mellem de to grupper, så der på et informeret grundlag kunne fokuseres i den kvalitative del. Især var det vigtigt at forholde sig til de oftest forekommende forskelle imellem selvmordsforsøgere, køn, alder og grad af intention. Selvmordsmetoder er ikke medtaget, da tidligere undersøgelser af databasen viser, at der ikke er så stor variation i metoder i den gruppe, der kommer i behandling i Center for Selvmordsforebyggelse; langt hovedparten forsøger ved hjælp af piller (Søgaard 2012). Ingen af disse tests viste betydende forskelle mellem patienter med kun ét behandlingsforløb og patienter med mere end ét forløb på de variable, der blev udvalgt fra den kvantitative datamængde. Køn er ikke en afgørende faktor, da der ikke er nogen signifikant forskel mellem de to grupper, uanset antal forløb. Den anvendte metode i det indledende selvmordsforsøg viser heller ingen forskel, ligesom scoren på Pierce ikke synes at indikere nogen forskel i intention og intensitet i forsøget. Pierce (Pierce 1977) anvendes kun efter et aktuelt selvmordsforsøg, så der er kun 482 hits blandt de 858 forløb, som patienter med mere end ét behandlingsforløb har haft samlet, men middelværdien på Pierce er næsten identisk mellem de to grupper.

I databasen kan vi se, at 11,5 % af mændene og 13,5% af kvinderne genindtræder i databasen med en ny kontakt. 1/3 af disse patienter rapporterer et nyt selvmordsforsøg inden kontakten. (tabel 1). Gruppen af patienter med gentagne forløb har en væsentlig størrelse, og umiddelbart synes tallene i tabel 1 at antyde, at tilbøjeligheden til selvmordsforsøg aftager med antallet af behandlingsforløb. Årsagen til, at det med stor sandsynlighed kan siges, at antallet af selvmordsforsøg aftager med tiden er, at patienter i Center for Selvmordsforebyggelse ved første forløb visiteres på baggrund af selvmordsforsøg, men siden kan henvende sig uden nyt selvmordsforsøg. Forløb uden selvmordsforsøg er derfor helt overvejende efterfølgende forløb.

Tabel 1

Gentagne behandlingsforløb, antal forsøg mænd og kvinder i % af hele populationen

Køn	Forsøg	N	% alle	% forsøg
M	+ forsøg	39	3,7	32,0
	- forsøg	83	7,8	68,0
	Total	122	11,5	100,0
K	+ forsøg	101	5,2	39,0
	- forsøg	158	8,2	61,0
	Total	259	13,5	100,0
M+K		377		

(N = patienter med flere forløb; alle = samlet population)

Aldersdistributionen ved første forløb viser en højere repræsentation af aldersgrupperne 30-39 og 40-49 i udvalget med gentagne behandlingsforløb (tabel 2). Men mange af patienterne rapporterer tidligere forsøg forud for første behandlingskontakt, så den senere debut må overvejende ses som et udtryk for en senere debut i behandling.

Tabel 2 Aldersdistribution i behandlingsforløb

Alder	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70+
1 + behandling	56	102	86	75	15	9	5
%	15.9	29	24.5	21.4	4.2	2.6	1.4

1 behandling	319	654	449	410	222	84	52
%	14.5	29.8	20.5	18.8	10.1	3.8	2.5

Den indledende statistiske gennemgang viser altså, at alder og selvmordsadfærd kan indikere væsentlige forskelle mellem patienter med ét forløb og patienter med gentagne forløb. Disse to forhold vil blive fulgt op i den kvalitative analyse.

2. Præsentation af kvalitative fund

Igennem den kvalitative analyse bliver det klart, at gruppen af patienter med mere end ét behandlingsforløb umiddelbart deler sig i to distinkte kategorier, som ikke har noget med antal forløb at gøre, men mere med, hvor lange mellemrummene mellem behandlingerne er. En mindre gruppe ($n = 6$), som har haft to eller flere behandlingsforløb indenfor en snæver tidsramme (< 1 år). Disse behandlingsforløb fremtræder i journalerne som ét sammenhængende behandlingsforløb for den samme hændelse, trods afbrud i forløbet (1 sorteres fra i journalgennemgangen, fordi patienten ikke opfylder kriterierne for suicidal problemstilling, men er en ikke suicidal affektiv patient, som diagnosticeres gennem to korte forløb). Og en større gruppe ($n = 50$) med adskillige behandlingsforløb, længere pauser mellem forløbene og behandlingsforløb, der hver især relaterer sig til separate hændelser. Når man gennemgår hele udvalget på 377 patienter med gentagne forløb ud fra denne systematik med præmissen, at skellet mellem sammenhængende behandlinger og adskilte behandlingsforløb er hhv. $<$ eller $>$ 1 år, ser man samme billede, 239 patienter har 2 eller flere forløb, som er adskilt med mere end ét år, resten ($n = 138$) har 2 eller flere forløb indenfor et år. Så selvom sammenhængen er svagere, når man skalerer op til hele gruppen, så er der stadig et stort antal patienter, som vender tilbage til behandling igen efter længere pauser (1 – 16 år). I det følgende er det denne gruppe af patienter ($n = 50$) med en sammenligning med resten af gengangerne ($n = 239$), der vil være målet for den videre gennemgang i den kvalitative del af undersøgelsen.

I den kvalitative analyse fremkom 22 forskellige emner fra den tematiske analyse, som er fælles for en flerhed af patienter. De 22 emner kan ved kondensering reduceres til 8 temaer (figur 1): karakteristika ved behandlingen, selvmordsforsøgs historie, risiko faktorer, uddannelsesmæssig og social status, barndomsmiljø og opvækst, årsager til og

følelser forbundet med selvmordsforsøget samt behandlingsmæssige konsekvenser. I nedenstående tabel er vist nogle af de parametre, som indgår i de enkelte kategorier.

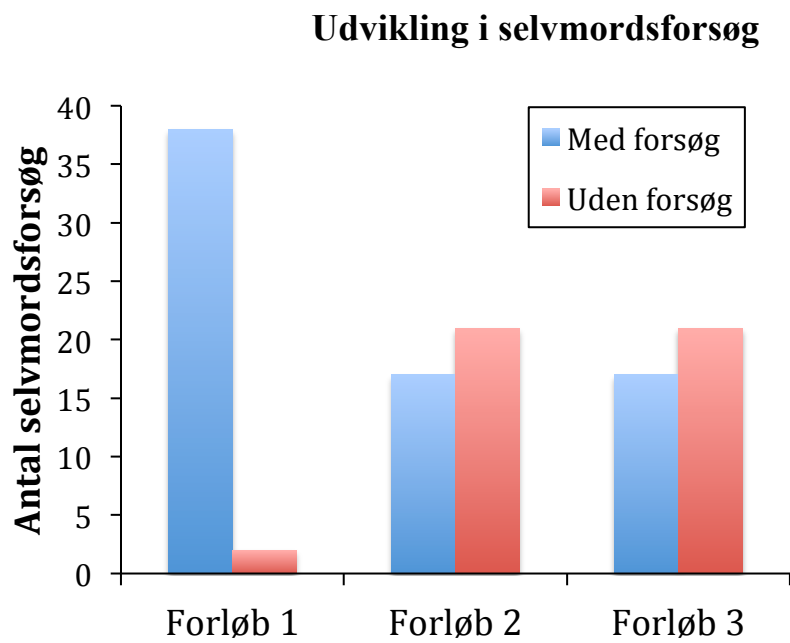
Karakteristika ved behandlingen	Antal forløb	Døde perioder	Samlet periode	Antal samtaler	Henviser
Selvmodsforsøg historie	Med forsøg	Uden forsøg	Tidligere forsøg	Selv mord i familie	
Risikofaktorer	Alkohol/ andet misbrug	Vold og traumer	Psykisk sygdom	Samlivsbrud	
Uddannelse og social status	Ufaglært	Arbejdsløshed	Social pension	Samlivsstatus	
Opvækst	Omsorgssvigt	Alkohol/misbrug i familie	Vold og traumer i opvækst	Skilsmisse hos forældre	Anbringelse udenfor hjem
Årsager til forsøg	Kæreste- og ægteskabsproblemer	Problemer med børn	Tab ved død	Mobning	Fysisk sygdom
Følelser	Håbløshed/tristhed	Angst	Jalousi	Skyld/ skam	Ensomhed / afvisning
Konsekvenser for behandling	Åbenhed i behandling nødvendig	Behandlingsophør uden afbud	Fokus på konkrete værktøjer	Korte gentagne forløb	

Figur 1

Når man ser på varigheden af behandlingsforløbene for patienterne, så er det slående, at de er markant kortere end for den lille gruppe af patienter med afbrudt sammenhængende behandling og også kortere end den gennemsnitlige behandlingslængde for hele populationen. Ofte er det første behandlingsforløb længere end de følgende forløb, der kan være så korte som én kontakt pr. telefon. Men også en del af de første forløb afbrydes efter få samtaler, ofte ved at patienten udebliver uden afbud. Det ser ud, som om patienterne efter den første behandlingskontakt bare behøver at etablere kontakten igen for selv at kunne håndtere deres suicidale problematik i endnu en periode. Det faktum, at en stor del af patienterne selv etablerer kontakten på ny, er værd at notere som et tegn på, at patienterne føler et tilhørsforhold til behandlingen eller behandlingsstedet selv over lange tidsrum.

Det markant lavere antal nye selvmordsforsøg efter index forsøget synes at styrke en antagelse om behandling som præventivt element, da det tilsyneladende dæmper tilbøjeligheden til gentagelse.

Figur 2



Det kvalitative studie har også afsløret interessante sociale og psykologiske ligheder mellem patienterne. De fleste af patienterne (n = 41) har ingen uddannelse og mange af dem er arbejdsløse eller bliver arbejdsløse indenfor få år efter index forsøget, og mange ender på social pension eller kontanthjælp (n = 33). Når man betragter de ofte mangeårige forløb, der afspejler sig i sagerne, bliver det klart, at debuten med selvmordsforsøg er en afgørende hændelse i patienternes liv. Livet efter forsøget er et liv i social deroute. Index forsøget er altså ikke bare en indikator for senere selvmordsforsøg, men også for et liv i en nedadgående social spiral.

I 16 cases er patienternes børn under tilsyn fra børn- og ungeafdelingen i kommunen, anbragt i familiepleje eller på institution. I 16 cases rapporteres der om vold i barndommen, og i 25 cases er der vold i relationen til kæreste, ægtefælle/samlever eller i forbindelse med indtagelse af alkohol. I 64 kontakter rapporteres alkohol eller stoffer som en medvirkende faktor i selvmordsforsøg eller selvmordstanker. Hos flertallet af patienterne er familiebaggrunden karakteriseret af omsorgssvigt, vold, alkoholproblemer og generel mangel på forudsigelighed.

Det synes at være relativt vanskeligt for behandlerne at diagnosticere patienterne i denne gruppe. En diagnose kan ændre sig fra behandling til behandling, og i nogle tilfælde kan der gå år, før der bliver enighed mellem behandler og patient om en endelig diagnose.

De fleste af patienterne bliver diagnosticeret med personlighedsforstyrrelser som dependent eller passiv/aggressiv forstyrrelse, ganske få diagnosticeres med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, mens størstedelen diagnosticeres med moderat depression. Det er uklart, om den medicinske behandling med SSRI præparater har effekt på de depressive symptomer, da det ikke af sagerne kan afgøres med sikkerhed, om patienterne følger den ordinerede medicinske behandling.

Kun få af patienterne følger længerevarende psykoterapeutisk behandling, selv når de bliver henvist til den. De dropper ud af længerevarende behandlinger i psykodynamisk og kognitiv behandling og af individuel behandling hos privatpraktiserende psykologer eller psykiatere, enten fordi de ikke lever op til kriterierne for deltagelse eller fordi de er ustabile i deres kontakt, når de bliver optaget i behandlingsprogrammet. 2 patienter, som diagnosticeres med emotionelt ustabil personlighedsstruktur, borderline type har længere forløb i Center for Selvmordsforebyggelse, den ene med ikke mindre end 69 behandlings-sessioner i første forløb.

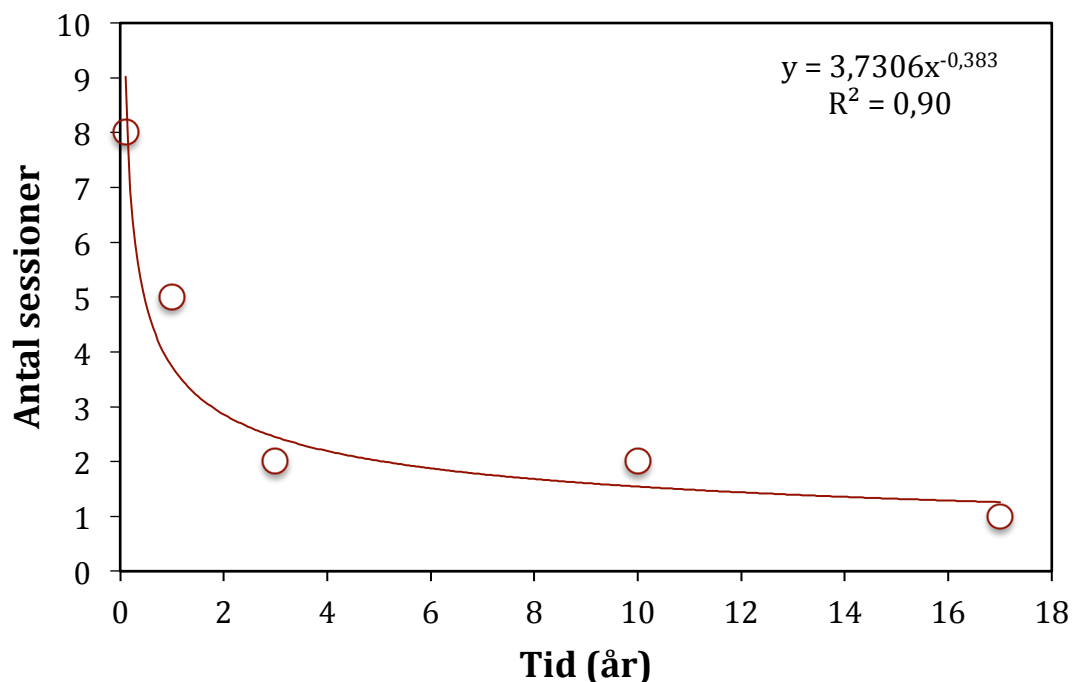
Næsten alle patienterne (n = 48) angiver relationelle problemer som den primære årsag til deres selvmordsforsøg eller selvmordstanker. De oplever tab af kæresten, separation fra ægtefælle eller samlever og alvorlige uoverensstemmelser i deres relationer. Nære relationers død eller tab af kontakt til deres børn er også ofte forekommende.

Behandling

Studiet af behandlingerne viser, at patienterne kan have adskillige gentagne indgange til ny behandling over et langt tidsspænd. De enkelte behandlingsforløb kan være adskilt af adskillige år. Som det ses af figur 3 nedenfor, så er der omvendt proportionalitet mellem tiden for samlet behandlingstid og antal sessioner i de enkelte forløb.

Figur 3

Udvikling i antal sessioner pr. forløb over tid



Den tilbudte behandling på Center for Selvmordsforebyggelse har ændret sig over årene ligesom perspektiverne på patient/ behandler relationen har. I den første periode (1992 – 2000) er behandlingskonceptet stærkt præget af et socialt perspektiv og behandlingsindsatsen er ofte problemløsningsintervention (problem solving intervention) i et tæt samarbejde med den kommunale indsats. Behandlingen foregår ofte i patientens eget hjem og familiebehandling er ikke noget sjældent syn. I den anden periode fra ca. 2000 – 2009 er fokus kriseintervention og elementer fra flere forskellige terapeutiske teorier tages i anvendelse, kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, systemisk terapi og problem solving terapi, som fortsættes. Det overordnede mål har i hele perioden fra 1992 – 2009 været at give patienten praktiske værktøjer til at håndtere de umiddelbare problemer i forbindelse med den krise, der udløses ved selvmordsforsøget eller selvmordstanker. I den sidste periode fra 2010 kombineres de foregående to perspektiver med CAMS (Jobes 2000), et behandlingsperspektiv, der adresserer de suicidale problemer direkte, og som er baseret på evidensbaseret forskning indenfor det suicidale felt.

Det der synes at fungere for patienterne, uanset perspektivet, er orienteringen mod at løse de aktuelle problemer med praktiske råd og passende situationsrelaterede værktøjer

med bl.a. hjælp søgning og øvning af opmærksomhed på de indledende symptomer på suicidale tanker som de mest prominente.

2 hovedtemaer

Ud af den kvalitative analyse udkrystalliserer der sig 2 hovedtemaer, som samler informationen om patienterne, deres liv og sociale og psykologiske problemstillinger i den ene og informationen om deres forhold til behandling, kompliance og den mening, som behandling har for dem i den anden.

”Det vanskelige liv”

Patienternes liv starter i den fattigste del af samfundet med forældre, som også har svære sociale og psykologiske problemer. Patienternes fortællinger om barndommen er fyldt med vold, alkohol og omsorgssvigt. Skilsmisse er mere reglen end undtagelsen og ofte er der problematiske kontakter også til andre voksne, som i kortere eller længere tid optræder som ny partner til forælderen. En del af patienterne har været anbragt udenfor hjemmet i kortere eller længere tid. Skolegangen er præget af vanskeligheder med at følge med i det faglige, mobning og skoleskift. Forholdet til hel- og halvsøskende er ofte præget af, at pigerne har følt, at de havde ansvar for mindre søskende, fordi forældrene svigtede, mens drengene tidligt har knyttet sig til drengegrupper og har holdt sig hjemmefra så meget som muligt. Trods de mange svigt er indtrykket, at patienterne oplever at være tæt knyttet til deres biologiske familie på godt og ondt. Voksenlivet afspejler en meget udtalt afhængighed af barndomsfamilien samtidig med, at der er mange uoverensstemmelser og konflikter.

” X fortæller, at hun har et meget dårligt forhold til sin mor og helt har droppet forbindelsen til hende. Alligevel fylder tankerne om moderen meget i X’s liv. Moderen har i hele X’s opvækst truet med at begå selvmord, hvis hun ikke fik det, som hun ønskede. X beskriver sin familie som dårligt fungerende. Hun har 5 søskende som alle har forskellige former for problemer. X er den ældste, hun fortæller, at hun periodevis døjer med depressioner, og ind imellem, når hun har det værst, dropper kontakten med sine børn.”

Voksensituationen er præget af de samme problemer som barndomshjemmet. Vold optræder ofte i parforholdene og i mændenes måde at håndtere konflikter på i det offentlige rum samt i forbindelse med alkohol.

”Hans alkoholforbrug er diskuteret. ... Hans far er suicideret, muligvis i en depression. Hans lillebror suiciderede, da han kom i konflikt med politiet. Klientens mor har tidligere haft et alkoholproblem... Klienten har selv for 9 år siden haft en voldsdom efter et slagsmål i en brandert. Han angiver selv sin sort/hvid tænkning som et problem.” Det generelle billede er, at henvendelsen til behandlingssystemet er et symptom på, at det sociale liv er i krise. Patienterne stopper i uddannelse, mister job eller må visiteres til jobs af mindre kompleksitet, f.eks. fleksjob. Når man betragter patienterne over hele den dokumenterede periode, ser man en langsom men ubønhørlig social deroute med arbejdsløshed, samlivsbrud, mistede kontakter til børn eller anbringelse af børn udenfor hjemmet.

”Social deroute efter færdselsuheld, men der spøger hele tiden en alkoholproblematik og omsorgssvigt både i patientens og ægtefællens barndom (begge anbragt) samt i forhold til egne børn, som efterhånden kommer i aflastning og senere bliver anbragt.” (Uddrag af Statusattest)

Problemer med at håndtere konflikter i parforhold, at fastholde parforhold og tåle at være i konflikter er de helt essentielle emner i patienternes liv og helt centrale emner for deres kontakt til behandlerne. Relationelle problemer er den klart hyppigste årsag til patienternes selvmordsforsøg og selvmordstanker. Livet er en evig søgen efter kærligheden. Selv mindre uoverensstemmelser kan opleves som ubærlige svigt og tab, som får patienterne til at handle i panik og med stor impulsivitet, samtidig med, at de ubevidst gennem deres behov for bekræftelse og anerkendelse hele tiden stiller forholdet til diskussion og afprøvning.

"Behandling som den signifikante anden"

I et par af journalerne er patienterne citeret for, at de ikke mener, at de har fået noget ud af behandlingen.

"Klienten oplyser, at hun ikke synes, hun har fået meget ud af kontakten første gang til FC. Dette fremgår på ingen måde af notaterne i vores journal, hvilket jeg oplyser overfor klienten og siger, at såfremt hun fremover ikke synes, hun får noget ud af kontakten, bliver hun nødt til at gøre opmærksom på dette. (2. Forløb ud af 5)"

Der er også en tendens til, at denne gruppe af patienter selv stopper behandlingen før tid, ofte ved udeblivelse uden afbud. I det hele taget udviser gruppen en ringere behandlingskomplians end hovedgruppen og har svært ved at opnå og fastholde tilknytning til længerevarende psykoterapeutisk behandling.

"Hun blev henvist til Psykoterapeutisk Afsnit og fik ikke primært kontakt til os. Har nu haft et enkelt gruppemøde på PA og er ikke motiveret for at fortsætte der."

Ikke desto mindre vender de tilbage til behandlingen, når selvmordstanker bliver svære igen, ofte på eget initiativ og uden forudgående kontakt til psykiatrisk skadestue. De efterfølgende behandlingsforløb er af kortere varighed, og de gennemfører kun sjældent et helt forløb på 10 samtaler. Journalerne afslører, at det for nogle patienter kan være nok at få en telefonisk samtale. Disse kontakter er ikke registreret i SPSS databasen, så dette mønster kan godt gælde for flere patienter, end de her behandlede. Bare det at blive lyttet til og få følelsen af at have kontakt synes at være det centrale og ofte nok til, at patienterne kan håndtere deres suicidalitet i en ny periode.

"Klienten oplyser, at hun synes, hun har haft gavn af samtaleforløbet i FC. Klienten oplyser, at hun ikke mere har så voldsomme og akutte vredesudbrud, fordi hun er blevet bedre til at reflektere over det, hun oplever. Vende sine egne tanker, se sagen måske fra flere sider."

Da mange af patienterne husker den første kontakt og vender tilbage i behandling, når livet bliver svært, kommer behandlingskontakten til at virke som en selvstændig forebyggende foranstaltning. Antallet af nye selvmordsforsøg falder dramatisk for de fleste. Det synes ikke at være den enkelte behandler eller indholdet i behandlingen, der er det vigtige. Det er behandlingsadgangen uden ny henvisning og uden ventetid, der er essentiel. Patienterne søger tilbuddet ikke behandleren.

Når man betragter patienternes forløb over tid og derved også får indblik i patienternes liv mellem behandlingsforløbene, bliver det klart, at patienterne anvender mange af de teknikker og indsigter, som de har fået gennem behandlingen.

”Det er mit indtryk, at selvom forandringerne er små, så er det nyt, at klienten selv tager ansvar og ser på, hvilke faresignaler, han udsender før selvmordstanker, og at han selv tager ansvar for at finde alternative muligheder.”

De lange perioder mellem forløbene er faktisk udtryk for, at patienterne bliver bedre til at håndtere de relationelle konflikter, og det tilskriver de det, de har lært i behandlingen. Deres forhold bliver af længere varighed og får et roligere forløb. Til gengæld er samlivsbrud fortsat anledning til at vække selvmordstanker til live igen og giver anledning til fornyet kontakt.

Når man kobler den måde, som patienterne anvender behandlingen med deres sociale og relationelle historie, så fremtræder et billede af, at de anvender behandlingsstedet som ”en signifikant anden”. Behandlingsstedet bliver et sted, hvor man bliver lyttet til uden fordømmelse, og hvor man kan hente eller genbekræfte de ting, man har lært omkring krisehåndtering. Så den nemme behandlingsadgang bliver en måde at håndtere livet på, så man kan overleve de uundgåelige kriser. Selv i de to tilfælde, hvor patienter begår selvmord, er der etableret kontakt til behandlingsstedet, i det ene tilfælde dagen før selvmordet.

3. Afsluttende statistisk analyse

Som den indledende kvantitative analyse viser, så er der væsentlige ligheder mellem patienterne i de to populationer, som undersøgelsen har delt den samlede population i, patienter med kun ét behandlingsforløb og patienter med flere behandlingsforløb. Den kvalitative analyse sætter et stærkt lys på nogle helt særlige behandlingsmæssige, sociale og psykologiske faktorer, som karakteriserer delpopulationen af gengangere og i en vis grad også på det behandlingsmæssige område den samlede population af patienter med mere end ét forløb. Nogle af de forhold, som viser sig at være vigtige for patienterne i delpopulationen, kan også undersøges i hele populationen, da der er registreringer, der dækker problemstillingen. Det gælder i særlig grad de psykologiske faktorer, der er bestemmende for patienternes henvendelse om behandling, motiver til selvmordsforsøget, årsager til selvmordsforsøget ..., alkohol i forbindelse med selvmordsforsøget...

Disse variable vil nu blive gennemgået i et forsøg på at indkredse, om der er belæg for at generalisere nogle af de fund, der er gjort i den kvalitative del af undersøgelsen, samt

om man med en mere bevidst brug af disse oplysninger kan sige noget om effekten af behandlingen og eventuelle forbedringsmuligheder.

Motiver

I motiver til selvmordsforsøget indgår følgende 8 mulige afkrydsningsmuligheder. Kun den væsentligste (terapeutens skøn) angives.

1. Uudholdelig tilstand, stærk anspændthed (affekt)
2. Vrede, bitterhed (aggression)
3. Skyldfølelse, dårlig samvittighed (skyld)
4. Skamfølelse, flovhed (skam)
5. Ikke at være noget værd (lav selvfølelse)
6. Håbløshedsfølelse
7. Skuffelse (frustration)
8. Følelse af ensomhed, tomhed, forladthed (ensomhed)

Som det fremgår af de 8 variable, så handler det i overvejende grad om det følelsesmæssige indhold i suicidaliteten og det suicidale tankeindhold. En sammenligning af hovedgruppen med gentager gruppen viser, at begge grupper scorer højt på 1 (hhv. 31.7 % og 28.5 %) og 6 (34.4 % og 37.7 %). Forskellene mellem dem er ikke særligt store, og de er ikke undersøgt for signifikans, men det er alligevel interessant, at ca. 66 % af alle patienter giver udtryk for motiver til selvmordshandlingen, som falder indenfor hhv. Schneidmans (Schneidman 1998) og Becks (Beck et al 1974) kategorier af psykisk smerte og håbløshed som vigtige komponenter i suicidaliteten.

Udløsende årsag

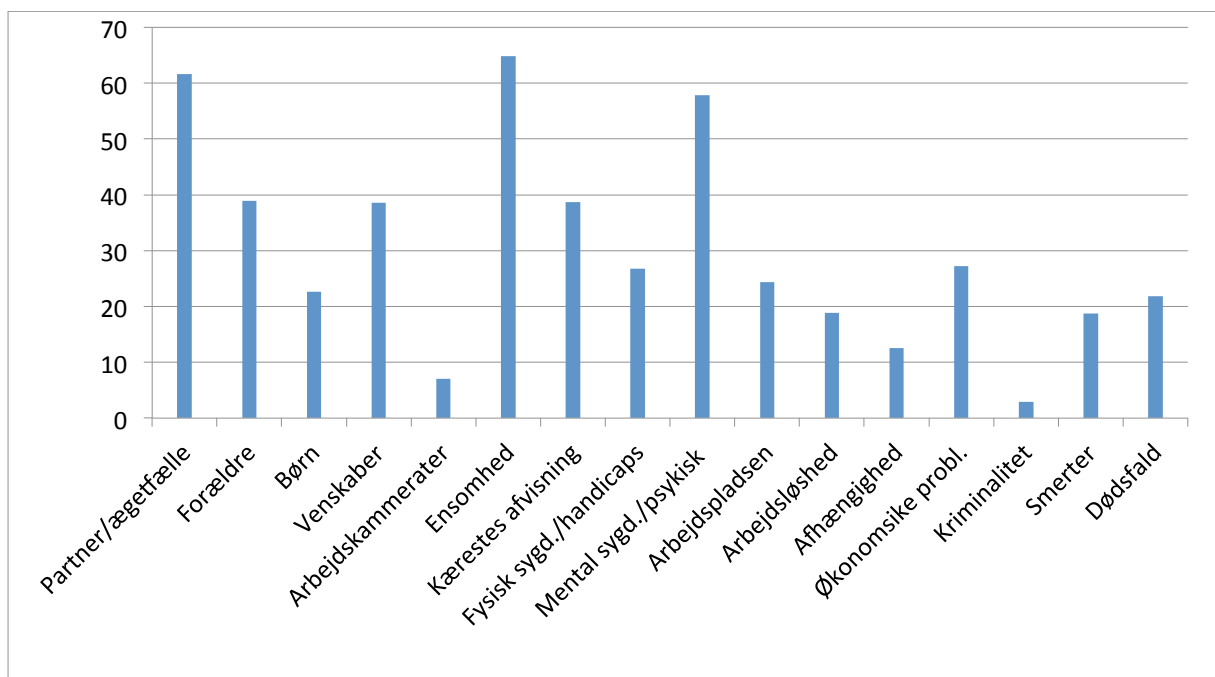
I den tjekliste over bagvedliggende årsager til selvmordsforsøget, som anvendes i datasættet, er der følgende 16 items:

1. Problemer med din partner/ægtefælle
2. Problemer med dine forældre
3. Problemer med dine børn
4. Problemer med at få eller vedligeholde venskaber eller sociale relationer

5. Problemer med at få arbejdskammerater
6. Følelse af ensomhed
7. En kærestes/elskers afvisning
8. Fysisk sygdom/handicaps
9. Mental sygdom eller psykiske problemer
10. Problemer med arbejdet/arbejdspladsen
11. Arbejdsløshed
12. Afhængighed (af alkohol, stoffer, spil o.l.)
13. Økonomiske problemer
14. Kriminalitet
15. Smerter
16. Dødsfald

Bodil Søgaard har i sit speciale (Søgaard 2012) opgjort fordelingen mellem alle disse kategorier for hele populationen. Denne opgørelse viser, at de vigtigste faktorer er (1), (6) og (9). (Figur 4).

Udløsende årsag



Figur 4 (Søgaard 2012)

I nærværende undersøgelse er formålet med gennemgangen af de udløsende årsager alene at se, om der er forskelle mellem hovedgruppen og gengangerne, da det vurderes, at forskellene kan sige noget om bagvedliggende sociale og psykologiske faktorer, der adskiller grupperne.

Tabel 4**Problemer med dine børn**

	ja	nej	% ja	Chi2-værdi p-værdi
Hovedgruppe	388	1480	20,7	.007
Gentagere	173	479	26,5	p < 0,01

Problemer med at få eller vedligeholde venskaber eller sociale relationer

Hovedgruppe	717	1149	38,1	.047
Gentagere	287	359	42,2	P < 0,05

Afhængighed

Hovedgruppe	222	1654	11,8	.044
Gentagere	98	551	14,9	P < 0,05

Som det ses af ovenstående tabel, så er der signifikant forskel mellem grupperne, der indikerer, at gruppen af gentagere i højere grad har relationelle problemer af mere generel art, samt at de har problemer i forhold til deres børn. Endelig er der også en signifikant forskel i forhold til misbrugsproblemer.

Den statistiske gennemgang synes derfor at styrke indtrykket af, at der i gruppen af gentagere er en højere repræsentation af personer med generelle relationelle og sociale problemer, der også betyder, at børnene er mere udsat end i hovedgruppen, samt at misbrug er en væsentlig medvirkende risikofaktor.

Diagnose

Antagelsen om de relationelle og sociale problemer som det vigtigste for gruppen af gentagere styrkes, når vi ser på de diagnoser, der er angivet i datasættets registreringer. Heraf fremgår det, at gruppen af gentagere i langt højere grad diagnosticeres med en egentlig psykisk lidelse end hovedgruppen (Tabel 5).

Tabel 5**Diagnose**

	ja	nej	% ja	Chi2-værdi p-værdi
Hovedgruppe	1179	975	54,6	.000
Gentagere	510	290	63,6	p < 0,001

Når man går i detaljer med diagnosticeringen, så viser det sig, at patienterne i gentager gruppen især bliver diagnosticeret med personlighedsforstyrrelse, og at der er en større andel af hovedgruppen, som bliver diagnosticeret med mindre alvorlige psykiske lidelser (andet psykisk) (Tabel 6).

Tabel 6
Typer af diagnoser fordelt på Hovedgruppe og gentagere

	Hovedgruppen		Gentagere	
	Antal	%	Antal	Procent
Depression	232	25.3	95	22.9
Psykose	27	2.9	7	1.7
Personlighedsforstyrrelse	373	40.7	208	50.1
Andet psykisk	220	24	75	18.1
Misbrug	63	7	30	7.2

Tidligere selvmordsforsøg

En sammenligning af hovedgruppen og gentagere, i forhold til om de rapporterer tidligere selvmordsforsøg, viser overbevisende signifikant sammenhæng for den tidligere hypotese fra den kvalitative del af undersøgelsen om, at der hos gruppen af gentagere ofte ligger tidligere selvmordsforsøg, som ikke har ført til behandling.

Tabel 7
Tidligere selvmordsforsøg

	ja	nej	% ja	Chi2-værdi p-værdi
Hovedgruppe	1700	2574	39,8	.000
Gentagere	549	224	71,0	p < 0,001

Resultater af PCA analyse

Analyser på samtlige 2122 patienter

PCA's første 3 akser forklarede samlet set 26,1% af variationen i data, heraf PCA akse 1 alene 12,9%, mens akserne 2 og 3 forklarede hhv. 7,7 og 5,5 %. De 3 aksers samlede forklaring kan synes lille, men skal ses i lyset af, at antallet af variable (33) var stort.

Der er således tale om en god og "troværdig" analyse.

Variable som alder ($r = 0,61$), fysisk sygdom ($r = 0,72/0,79$), som samtidig var kronisk ($r = 0,74$), og som gav sig udtryk ved smerter ($r = 0,69/0,78$), var alle stærkt positivt korreleret til PCA akse 1, mens enlighed ($r = -0,50$) var signifikant negativt korreleret til denne akse (se tabel 8). PCA akse 1 udtrykker således primært kronisk, smertefuld fysisk sygdom, som øges i takt med patientens alder, hvor graden af enlighed øges med alderen. Denne tolkning støttes yderligere af, at alder var negativt koreleret med enlighed ($r = -0,54$), enlighed ikke overraskende negativt korreleret med hhv. samlevende status ($r = -0,62$) og ophør af samliv ($r = -0,48$), samt smerte som udløsende faktor positivt korreleret med hhv. fysisk lidelse ($r = 0,47$), fysisk lidelse som udløsende faktor ($r = 0,60$), kronisk lidelse ($r = 0,72$) og generelle smerter ($r = 0,72$).

PCA akse 2 repræsenterede derimod faktorer, som er relateret til ensomhed og isolation: udløsende faktorer som manglende evne til at skabe sociale kontakter ($r = -0,51$) og ensomhed ($r = -0,51$), enlighed ($r = -0,56$), samt samlevende som modsat rettet faktor ($r = 0,48$).

Analysen antyder samlet, at fysiske skavanker og tilknyttet smerte betyder mere som udløsende faktorer for selvmordsadfærd – uanset om der er tale om 1 eller flere forløb – end ensomhed og isolation.

Tabel 8. Resultat af PCA på 2122 patienter med 1-flere selvmordsforebyggende forløb angivende de relaterede variable, som var signifikant korreleret med enten PCA akse 1 eller 2, eller begge (angivet ved Pearsons r), idet signifikante værdier er angivet med fed skrift. Krav til signifikans: $r > 0,45$ / $< -0,45$ og $P < 0,001$.

Variabel	Forklaring	PCA 1	PCA 2
Alder	alder	0,6055	0,4493
udlos4	Problemer med at skabe sociale relationer – udløsende faktor	0,162	-0,5051
udlos6	Problemer med ensomhed - – udløsende faktor	0,0618	-0,5143
udlos8	Problemer med fysisk sygdom - – udløsende faktor	0,7166	-0,1605
udlos15	Problemer med smerter - – udløsende faktor	0,6866	-0,2044
Enlig	Enlig	-	-
Enlig		0,5031	-0,5557
Samlev	Samlevende	0,1645	0,4753
Lidelse	Fysisk lidelse	0,7928	-0,0592
Kronisk	Kronisk lidelse	0,7353	-0,0779
Smerter	Smerter, generelt	0,777	-0,0661

Analyser på datasæt af patienter med mere end ét selvmordsforebyggende forløb

PCA's første 3 akser forklarede samlet set 27,0% af variationen i data, heraf PCA akse 1 alene 13,3%, mens akserne 2 og 3 forklarede hhv. 7,6 og 6,1 %. De 3 aksers samlede forklaring kan ligesom for det store datasæt synes lille, men skal ses i lyset af, at antallet af variable var stort. Der er således tale om en god og "troværdig" analyse.

Ligesom for det samlede datasæt var variable som alder ($r=0,60$), fysisk sygdom ($r=0,65/0,80$), som samtidig var kronisk ($r=0,71$), og som gav sig udtryk ved smerter ($r=0,63/0,78$) alle stærkt positivt korreleret til PCA akse 1, mens enlighed ($r=-0,54$) var signifikant negativt korreleret til denne akse (se tabel 9). PCA akse 1 udtrykker således for patienter med 2-flere selvmordsforebyggende forløb primært kronisk, smertefuld fysisk sygdom, som øges i takt med patientens alder, hvor graden af enlighed øges med alderen. Denne tolkning støttes yderligere af, at alder var negativt korreleret med enlighed ($r = -0,52$), enlighed ikke overraskende negativt korreleret med hhv. samlevende status ($r = -0,59$) og ophør at samliv ($r = -0,52$), samt smerte som udløsende faktor positivt korreleret med hhv. fysisk lidelse ($r = 0,46$), fysisk lidelse som udløsende

faktor ($r = 0,61$), kronisk lidelse ($r = 0,47$) og generelle smerter ($r = 0,47$). Desuden var generel fysisk lidelse, kronisk lidelse og generelle smerter indbyrdes korrelerede ($r = 0,60-0,73$).

PCA akse 2 repræsenterede til gengæld faktorer som er relateret til ensomhed og isolation: udløsende faktorer som manglende evne til at skabe sociale kontakter ($r = -0,51$), ensomhed ($r = -0,52$), og enlighed ($r = -0,61$).

Supplerende udtrykte PCA akse 3 udløsende faktorer knyttet til såvel afhængighed af bl.a. rusmidler og spil ($r = -0,49$) som kriminalitet ($r = -0,46$).

Analysen på patienter med gentagne forløb antyder samlet, at fysiske skavanker og tilknyttet smerte betyder væsentlig mere som udløsende faktorer for selvmordsadfærd end ensomhed/isolation og afhængighed/kriminalitet. Forskellen i betydning mellem de to sidstnævnte samlefaktorer er tilsyneladende relativt lille.

Tabel 9. Resultat af PCA på 442 patienter med 2-flere selvmordsforebyggende forløb angivende de relaterede variable, som var signifikant korreleret med enten PCA akse 1 eller 2, eller begge (angivet ved Pearsons r), idet signifikante værdier er angivet med fed skrift. Krav til signifikans: $r > 0,45$ / $< -0,45$ og $P < 0,001$.

<i>Variabel</i>	<i>Forklaring</i>	<i>PCA 1</i>	<i>PCA 2</i>	<i>PCA 3</i>
alder	Alder	0,5961	0,4197	-0,0471
	Problemer med at skabe sociale relationer – udløsende			
udlos4	faktor	0,2117	-0,5009	-0,2014
udlos6	Problemer med ensomhed – udløsende faktor	0,0828	-0,518	-0,2298
udlos8	Problemer med fysisk sygdom – udløsende faktor	0,6494	-0,2508	0,2912
udlos12	Afhængighed (alkohol, spil mv.)	0,1044	0,0194	-0,4862
udlos14	Kriminalitet	0,1791	-0,1236	-0,4559
udlos15	Problemer med smerter – udløsende faktor	0,6285	-0,2922	0,1754
	Enlighed		-	
enlig		0,5389	-0,608	0,2586
lidelse	Fysisk lidelse	0,8004	-0,1439	0,3127
kronisk	Kronisk lidelse	0,7139	-0,1687	0,3192
smerter	Smerter, generelt	0,7782	-0,0706	0,2921

Diskussion

Som anført i indledningens afsnit om mål, så har der, trods brug af flere forskellige metoder på flere undergrupper af patienter og udvælgelse af forskellige variable, hele tiden været 4 mål, der har understøttet valg og fravalg i undersøgelsen. I det følgende vil resultaterne fra undersøgelsen blive gennemgået med fokus på, om disse mål er nået.

Mål

1. Hvad karakteriserer den udvalgte population med hensyn til sociale og psykologiske karakteristika, og hvordan adskiller den udvalgte population sig fra hovedpopulationen på såvel kvantitative som kvalitative karakteristika?
2. Hvilken længde har de gennemførte behandlinger (antal behandlingssessioner). Hvor lang tid går der mellem de enkelte behandlingsforløb? Hvilken betydning har det for, hvordan patienterne bruger behandlingen?
3. Hvilken effekt har behandlingen for patienterne og sandsynligheden for repetition af selvmordsforsøg?
4. Ud fra såvel den kvantitative som den kvalitative undersøgelse udarbejdes en vurdering af det datasæt, som er oparbejdet i Center for Selvmordsforebyggelse.

Mål 1

Aldersdistributionen viser en højere repræsentation af aldersgrupperne 30-39 og 40-49 i udvalget med gentagne behandlingsforløb (tabel 2), hvilket synes at indikere en senere debut med selvmordsforsøg. Men mange af patienterne rapporterer tidligere forsøg forud for første behandlingskontakt, så den senere debut bør derfor snarere fortolkes som et udtryk for en senere debut i behandling end som en senere debut i forhold til selvmordsproblematikken. Set i lyset af de svære sociale vilkår og den tidlige kontakt til det sociale hjælpesystem ligger en del af forklaringen på, at patienterne ikke henvender sig ved første forsøg, måske i tidligere traumatiske oplevelser i forbindelse med hjælpeapparatet. Forskelle i adfærd mellem kønnene kan også læses ud af tallene, da 37% af mændene har haft forsøg før første behandlingskontakt, mens det kun gælder for 30% af kvinderne.

I det kvalitative studie kan vi se nogle sammenhænge mellem den sociale og psykologiske profil hos patienterne og den måde, de responderer på behandlingen. Ikke overraskende finder vi en sammenhæng mellem suicidalitet og dårlige sociale vilkår, omsorgssvigt, alkohol, vold og traumer. Disse er velkendte risikofaktorer og deres signifikans for suicidalitet er veletableret (Egelund 2003, Christoffersen 2003, Wasserman 1993, Joiner et al 2009, Mehlum 2005). Det er også velkendt, at en livslang eksponering for multiple risikofaktorer er en signifikant prædiktør for suicidal adfærd (Finkelhor et al 2009, Christiansen 2012). Studiet synes også at bekræfte, at et selvmordsforsøg forårsager en livslang forøget risiko for gentaget suicidal adfærd, nye selvmordsforsøg og selvmordstanker så vel som senere død ved selvmord (Christiansen & Jensen 2007).

Index forsøget synes at være indledningen til en langsom men irreversibel social deroute baseret på mangler i de sociale og relationelle kapaciteter.

Undersøgelsen af de psykologiske faktorer viser, at der er signifikant forskel på hovedgruppen og gentager gruppen, og at de relationelle problemer er af mere alvorlig karakter og præget af egentlige personlighedsforstyrrelser.

Blandt de psykologiske kategorier gemmer sig også indikationer på vanskelige sociale forhold, især i vanskeligheder med egne børn, kriminalitet og en tydelig større forekomst af misbrug i denne gruppe. Også vanskelighederne med at få og vedligeholde relationer angiver et vanskeligt socialt liv.

PCA undersøgelsen, som er foretaget på både den totale population og på gengangerpopulationen viser, at kronisk somatisk sygdom med smerteproblematik er de variable, som er mest signifikante i begge populationer, og at misbrug og kriminalitet hos gengangerne først optræder på tredje dimension. Denne statistiske signifikans bekræfter Bodil Søgaards undersøgelse (Søgaard 2012). PCA understøtter også resten af undersøgelsens fund omkring det relationelle som omdrejningspunkt med enlighed som konsekvens.

Mål 2

Studiet af behandlingerne viser, at patienterne kan have adskillige gentagne indgange til ny behandling over et langt tidsspænd. De enkelte behandlingsforløb kan være adskilt af adskillige år, men ikke desto mindre virker det som om, adgangen til behandlingskontakt forebygger nye selvmordsforsøg og død ved selvmord.

Det interessante i det aktuelle studie er, at det synes at være muligt at etablere en sammenhæng mellem baggrundsfaktorer og behandlingskomplians.

Alle patienterne i den udvalgte gruppe af gentagere har åbenlyst haft behov for behandling på forskellige tidspunkter i deres liv, men det er vigtigt at notere sig, at de også har været i stand til at håndtere deres eget liv over lange perioder og har været i stand til at profitere af en åben adgang til fornyet behandling, når deres liv mødte et nyt bump på vejen.

De er ikke i bogstavelig forstand blevet ”kureret” for deres suicidalitet, men de synes at have fundet en måde, hvorpå de kan håndtere risikoen for gentagelse af selvmordsforsøg.

De primære mål for behandlingen bliver derfor at sikre nem og åben tilgang til behandling samt hurtigt i forløbene at etablere en troværdig relation til patienten, som bærer over år. Nogle af patienterne er blevet henvist til længerevarende behandling i forlængelse af den suicidale behandling, f.eks. DBT, psykodynamisk behandling eller behandling hos privatpraktiserende psykolog eller psykiater. Disse henvisninger mislykkes ofte, enten fordi patienterne ikke kan leve op til adgangskravene til disse behandlinger, eller fordi patienterne er ustabile i deres behandlingskontakt, når de lukkes gennem nåleøjet. Patienterne mangler fundamentale adfærdsmæssige kompetencer, som er udtalte eller udtalte krav i disse behandlinger, bl.a. stabilitet og tillid til systemer. Et andet problem er, at de ofte ikke bliver diagnosticeret med tilstrækkeligt alvorlige diagnoser til at møde kravene til optagelse. Undersøgelsen synes at pege på, at de manglende diagnoser mere er et produkt af manglende behandlingskomplians end af mangel på behandlingsbehov. De kan simpelthen ikke fastholde kontakt til behandlingssystemet længe nok til at blive ordentligt diagnosticeret, og den endelige diagnose kommer først efter flere år og flere behandlingskontakter.

Som nævnt i mål 1, så synes index forsøget at være startsignalet til en langsom, men irreversibel social deroute på grund af ikke kurable defekter i deres sociale og relationelle evner. De kureres ikke for disse mangler i deres kapaciteter, men de synes ikke desto mindre at blive i stand til at håndtere deres suicidalitet. Denne behandlingsrelaterede ændring i evnen til at håndtere suicidaliteten understøttes af nyere studier (Erlangsen et al 2012 -2014, Christiansen & Jensen 2007), der viser en signifikant lavere dødelighed blandt de patienter, som modtager selvmordsforebyggende behandling sammenlignet med andre sammenlignelige grupper af selvmordsforsøgere, som ikke modtager behandling. Den kvalitative undersøgelse kan måske give lidt af svaret på denne forskel.

Det markant lavere antal nye selvmordsforsøg efter index forsøget synes at styrke antagelsen om behandlingen som præventivt element, da det tilsyneladende dæmper tilbøjeligheden til gentagelse, at der er et sted at henvende sig med denne problematik.

Mål 3

Ny forskning synes at indikere, at behandling ikke forbedrer patienternes situation eller, at behandling måske ligefrem er kontraindiceret (Fenger 2013). Fenger undersøger, hvor ofte psykiatriske patienter genindlægges eller starter i ny medicinsk behandling og sammenkæder disse oplysninger med oplysninger om arbejdsmarkedstilknytning. Det er en anden målgruppe end den her behandlede, men det, der er interessant i denne sammenhæng, er de konklusioner omkring behandling, som Fenger drager. Fenger konkluderer, at gentagen behandling er en indikator for en behandling, som ikke er succesfuld eller ligefrem forfæjlet. Rationalet synes at være, at gentagen behandling = manglende evne hos behandlingen til at kurere patienten og derfor en ikke effektiv behandling. Konklusionerne i Fengers forskning synes at blive modsagt af fundene i herværende studie, da de kvalitative fund tydeligt viser, at patienterne har udbytte af behandlingen og anvender den til at bedre deres liv, selvom de måske ikke bliver kureret i absolut forstand og heller ikke kan bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Denne uoverensstemmelse i, hvad man finder og konkluderer på baggrund af kvantitativ forskning og kvalitative studier, fører mig til en hypotese om, at studier af patient adfærd i forhold til behandling bør inkludere kvalitativ forskning af den mening, som gentagen behandlingssøgning giver for patienterne.

Debuten i suicidalitet synes at være signifikant ikke bare i forhold til senere suicidal adfærd, men også i forhold til patienternes forventninger til mulighederne i deres liv som helhed. Livet efter forsøget er et liv i social deroute. Index forsøget er altså ikke bare en indikator for senere selvmordsforsøg, men også for et liv i en nedadgående spiral. Denne iagttagelse stemmer godt overens med andre undersøgelser af virkningen af debut med en psykisk lidelse på den sociale status (Madsen et al 2011).

Selvmondsforsøget må ses som et symptom på mere alvorlige problemer i patientens relationelle kapacitet, et symptom som også har betydning for adfærden i forhold til behandling. Mængden af lidelse og behovet for behandling er omvendt proportional med evnen til at indgå i og bevare engagementet i behandling, i hvert fald af længere varighed. Ud fra denne observation er det nærliggende at antage, at vi burde interessere os mere for patienternes liv udenfor behandlingen og for den måde, som de profiterer af

kontakten med systemet i stedet for at målrette interessen på behandlingsperioden i sig selv. Fra studiet af patientsagerne kan vi se, at patienterne bruger den åbne adgang til behandling som ”en signifikant anden”, et sted, man kan søge tilbage til, når man rammes af sorg og vanskeligheder i mellemmenneskelige relationer. Åbenheden holder dem i live og gør dem bedre egnede til at håndtere vanskelige tider i livet. Denne iagttagelse bekræfter resultaterne af forsøg med opfølgende kontakt til patienter i form af postkort (Motto & Bostrom 2001), da det jo styrker opfattelsen af, at det er afgørende for patienterne, at de husker en relation til behandlingsstedet. Der er ganske vist varierende resultater af forsøg med opfølgende kontakt (Beautrais et al 2010), men det kan skyldes, at opfølgning måske kun gavner særlige grupper, og at disse forsvinder i studier af fulde populationer. De skader, som patienterne har i deres relationelle færdigheder, er med stor sandsynlighed ikke mulige at kurere, fordi de tidlige oplevelser i barndommen har blivende konsekvenser for de dele af hjernen, der styrer evnen til relationer (Teicher et al 2011), men behandling bliver en del af deres strategi til at håndtere livet. Hvis man kombinerer den sociale profil med den psykologiske, der primært er personlighedsforstyrrelser, med patienternes adfærd i forhold til behandling, må man konkludere, at denne meget suikidale gruppe af patienter profiterer af en kort praktisk orienteret behandling og af åben adgang til fornyet behandlingskontakt. Undersøgelsen synes at vise, at behandling i hvert fald for en stor del af patienterne kan reducere selvmordsforsøg, da de fleste af patienterne efter første forløb henvender sig igen allerede, når selvmordstanker dukker op igen, og inden et nyt selvmordsforsøg. Ikke desto mindre bør patienternes vanskeligheder med at kvalificere sig til og deltage i mere dybdegående behandling mane til eftertanke. Deres symptomer er måske ikke så belastende som de er hos patienter, der får psykotiske diagnoser, og de har måske ikke evnerne til at leve op til de krav, der stilles til deltagelse i behandlingsprogrammer for patienter med ikke psykotiske diagnoser, men der er ingen tvivl om, at de lider, og at de har endog meget byrdefulde liv.

Mål 4

En væsentlig opgave i forbindelse med denne undersøgelse har været at foretage en vurdering af det datasæt, som er oparbejdet gennem mere end 20 år i Center for Selvmordsforebyggelse i Odense. Dels har der i længere tid været diskussioner mellem de nationale centre for selvmordsforebyggelse om, hvilke oplysninger, det ville være nyttigt at indhente på patienterne. Dels er longitudinelle dataindsamlinger vigtige med

henblik på muligheden for at følge patienterne i et længere perspektiv, men også for måske at bruge indhentningen af oplysninger ved opstart af behandling til en kvalificering af den behandlingsmæssige indsats, f.eks. i form af standardiserede indgangsinterview med screening af diagnoser.

I det følgende vil jeg derfor gøre rede for, hvad de kvantitative og de kvalitative gennemgange har afsløret af mangler og uhensigtsmæssigheder i det eksisterende datasæt. Vurderingen udmøntes afslutningsvis i et forslag til, hvilket indhold og hvilken opbygning, der kunne imødekomme de fundne forhold (Bilag 2).

Den kvalitative undersøgelse har bidraget med følgende:

- Manglende oplysninger om vold og traumer, både i opvækst og aktuelt
- Manglende eller ufuldstændige oplysninger om selvmordsadfærd i familie
- Usystematisk registrering af genhenvendelser og genoptagne forløb
- Ufuldstændige registreringer af misbrug
- At en del demografiske oplysninger for alle andre end gentagere kun er et øjebliksbillede, og derfor ikke kan bruges til at vurdere social status

Den kvantitative del udført i SPSS har bidraget med følgende:

- Resultater i Pierce kunne med fordel indtastes med lav – middel – høj i stedet for en talværdi, da det vil give bedre information om intention
- Kategorierne for skole- og erhvervsuddannelse kunne med fordel hentes fra centrale registre
- Nogle kategorier er vanskelige at bearbejde statistisk, bl.a. genoptagne forløb, idet der i kategorien er flere formål med samme registrering

Den multivariate kvantitative del udført i PCA har bidraget med følgende:

- Der er mange manglende indtastninger, en del af dem, fordi det er uklart, om man skal svare, også når der ikke er oplysninger
- Mange forskellige indtastningsmåder (1 v 2; 1 v 2 v uvist; 1 – 5 (med udelukkelse); 1 – 9 + andet; 1 – 16 (med mange svar mulige); datoformat; X diagnoser; både ICD10 og DSMIII; og flere varianter af samme slags.

- Ved sammenligningen af 33 variable blev der lavet en reduktion af nogle af kategorierne til formen: ja/nej = 1 v 0, hvilket giver en meget sikrere indtastning og analyse.
- Ligeledes blev f.eks. skolegang reduceret til: grundskole/ungdomsudd. = 1 v 2.
- En del variable, f.eks. smerter og alkohol, optræder flere steder i datasættet under forskellige kategorier og kan derfor give en bias i resultaterne, hvis man ikke tager højde for, at de kan tælle dobbelt

Ovennævnte forhold har givet anledning til tvivl om nogle af resultaternes gyldighed og repræsentativitet udenfor datasættet. Der er derfor lavet et forslag til et nyt revideret datasæt, der kan kobles til det nuværende gennem fælles variable, evt. med en omarbejdning af datasættet, så der anvendes de samme indtastningsmuligheder, f.eks. 1 = ja og 0 = nej. Forslaget til nyt datasæt præsenteres som Bilag 2.

Diskussion af metoder

Det overordnede mål med undersøgelsen har været at undersøge, hvilken mening behandlingen har for de patienter, der gentager deres behandling. Derfor er den væsentligste del af undersøgelsen kvalitativ, hvilket indebærer, at populationen er relativt lille ($n = 50$) og derfor også har begrænset reliabilitet. Validiteten er derimod ret høj, da der, i forhold til en kvantitativ undersøgelse med udgangspunkt i databasen, har kunnet inddrages flere elementer fra patienternes cases. Disse elementer er søgt kvantificeret og valideret gennem sammenligning med databasen, men der er emner, som ikke findes i databasen, og som der derfor ikke kan sammenlignes med. Dette giver naturligvis nogle svagheder i undersøgelsen, da det ikke er muligt med det foreliggende datamateriale at konkludere sikkert omkring, hvilket omfang f.eks. alkohol, vold og traumer har for den samlede population. Trods denne begrænsning i undersøgelsen synes det rimeligt at sige, at den kvalitative gennemgang af historiske patient cases har bidraget med væsentlige forslag til forbedringer af den fremtidige dataindsamling. Den kvalitative gennemgang har også afsløret, at datasættets kategorier om erhverv, uddannelse og økonomi kun giver et billede af, hvordan situationen er på det tidspunkt, hvor det bliver målt, og at det derfor ikke er muligt at sige noget om progressiviteten i disse faktorer over livet for andre end dem, der vender tilbage i behandling. En væsentlig forbedring af datasættet ville være en kobling i forhold til CPR-registret, så man kunne anvende disse data til at kvalificere de øvrige indtastede data. Denne

sammenkobling er foretaget i forbindelse med Opfølgningsprojektet og vil kunne anvendes i ny forskning i patientgruppen.

Den multivariate analyse af hele datasættet, hvor 33 kategorier er udvalgt, viser også store huller i indtastningerne og uhensigtsmæssigheder i den måde, som datasættets kategorier indtastes på. I analysen måtte datasættet reduceres til 2122 patienter for at opnå fuld repræsentation på alle 33 kategorier. I mål 4 i opgaven er der argumenteret mere udførligt for dette, og der er lavet et forslag til, hvordan man kunne modernisere datasættet og den fremtidige indtastning, så der bliver færre indtastningsfejl og en bedre repræsentation af emner, som er væsentlige for at indfange så mange af de væsentlige parametre omkring patienterne som muligt (Bilag 2).

Helt overordnet er der i undersøgelsens datamateriale en skævhed i udvalget, idet personer med psykotiske diagnoser og vanemæssige misbrugere ikke indgår i målgruppen for behandlingstilbuddet og derfor heller ikke i datasættet. Det giver en skævhed i udvalget og gør det vanskeligt direkte at sammenligne resultaterne med andre undersøgelsers populationer (Christiansen og Jensen 2007).

Konklusion

Antallet af gentagne selvmordsforsøg er iflg. flere internationale undersøgelser betydeligt. Det estimeres, at imellem en tredjedel og halvdelen af alle personer, der bliver indlagt i forbindelse med et selvmordsforsøg, tidligere har haft forsøg (Hawton 2005; 67). Imellem 15 og 25 % vil gentage selvmordsforsøget indenfor 1 år og blive genindlagt (Zahl & Hawton 2004).

Mønstre og tendenser om gentagelse af selvmordsforsøg i forhold til køn og alder, er undersøgt i et engelsk lang-tids follow-up studie fra 2004, med 11.583 patienter der blev hospitaliseret ved et selvmordsforsøg. Der blev fundet lille, men ikke signifikant forskel på kvinder og mænd, der havde et selvmordsforsøg forud for indlæggelse og i forhold til at gentage selvmordsforsøg efter det aktuelle ved indlæggelsen. Undersøgelsen bekræftede tidligere undersøgelser af, at gentagne selvmordsforsøg øger risikoen for selvmord betydeligt. I denne undersøgelse var det med 59,9 % (Zahl & Hawton 2004).

Herværende undersøgelse synes at vise, at behandling i hvert fald for nogle af patienterne kan reducere selvmordsforsøg, idet de fleste af patienterne lærer at henvende sig på ny, når selvmordstankerne kommer igen, men før de forsøger. Dette resultat gælder måske kun for den gruppe, der kommer i behandling igen, når selvmordstankerne vender tilbage, idet Opfølgningsprojektet viser, at det generelle billede er, at de behandlede har en højere selvmordsforsøgsrate end ikke behandlede selvmordsforsøgere. Det ligger udenfor mulighederne i denne undersøgelse at afdække, om der er en intern forskel i livstids selvmordsforsøgsraten mellem de, der gentager behandling og de, der kun kommer efter første forsøg. Men det ville være et væsentligt spørgsmål at afklare, da det kunne indikere en stærkere indsats i forhold til den del af psykoedukationen, der går ud på at få patienterne til at søge hjælp igen, når de får selvmordstanker.

Der synes heller ikke for den undersøgte gruppe at være en høj risiko for selvmord efter første selvmordsforsøg, da kun to af patienterne faktisk tager deres eget liv i den 20 års periode, som er undersøgt og også gør det sent i forløbet (4 og 12 år). Denne antagelse styrkes af resultaterne fra Opfølgningsprojektet, da vi her finder en signifikant reduktion i dødeligheden ved selvmord i den gruppe, der har modtaget behandling i forhold til selvmordsforsøgere, som ikke har modtaget behandling.

Undersøgelsen viser også, at den gruppe af patienter, der får flere behandlingsforløb, hører til en samfundsmæssigt udsat gruppe. Deres opvækst er præget af vold, alkohol, omsorgssvigt og brudte hjem. Et billede, der støttes af andre undersøgelser af

sammenhængen mellem traumer og selvmordsadfærd (Belik, Shay-Lee et al 2007) og mellem fysiske overgreb og seksuelt misbrug (Joiner et al 2009). Deres skolegang er ofte både fagligt og socialt problematisk. De har svært ved at følge med i skolen, de føler sig fremmede for skolens miljø, og de bliver ofte mobbet. Trods ihærdige forsøg på at bryde den sociale arv, så ender de fleste alligevel med alkoholproblemer, vold i parforholdet og børn, der bliver anbragt udenfor hjemmet, ligesom de selv blev. Denne overføring af adfærdsmønstre og risikofaktorer støttes af international forskning i sammenhænge mellem familie og individ, hvad angår risikoen for depression og selvmordsadfærd (Melhem et al 2007; Christoffersen et al 2003). I den sociale deroute synes selvmordsforsøget eller den første kontakt til behandlingssystemet at være den første indikation på, at noget er galt. Begrebet polyvictimisering (Finkelhor et al 2009) synes at indramme deres liv ganske godt, idet problemerne har en tendens til at hobe sig op og få en karakter af uundgåelighed over sig. Men på trods af disse vanskelige liv, så tegner der sig dog i de fleste af sagerne et billede af, at livet finder ind i et relativt roligt og stabilt leje, om end det er på et lavere socialt niveau. For patienter med affektive lidelser og angstlidelser støttes dette af andre undersøgelser (Lopez-Castroman et al 2011). I en artikel om sammenhængen mellem negative interpersonelle processer og suicidal depression beskrives det, hvordan patienternes tendens til, uden at ville det, at sabotere deres relationer, også spiller en væsentlig rolle i behandlingen, da det er svært for patienten at tro på, at nogen vil dem det godt (Stellrecht et al 2006). Der synes også at være forskningsmæssigt belæg for, at misbrug og emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse ofte optræder i sammenhæng, og at der er klart negative additive effekter af en sådan komorbiditet, der giver et mere kompliceret forløb for begge lidelser, en højere risiko for drop out af behandling og en generelt mere risikofyldt adfærd (Lindquist et al 2013).

Den multivariate undersøgelse synes endvidere at bekræfte resultaterne fra Bodil Søgarðs undersøgelse (Søgaard 2012) omkring alder, fysisk sygdom og smerter som væsentlige signifikante faktorer hos selvmordstruede personer. Den bekræfter endvidere delvis ovennævnte sociale karakteristik, idet misbrug og kriminalitet slår ud som væsentlige signifikante faktorer især hos gentagere i behandlingen.

Behandlingen i Center for Selvmordsforebyggelse og dens karakter af åbent tilbud synes at fungere som en "signifikant anden", der stiller op, når livet er svært, som lytter og giver konkrete brugbare værktøjer til at håndtere livet og relationerne. Patienterne

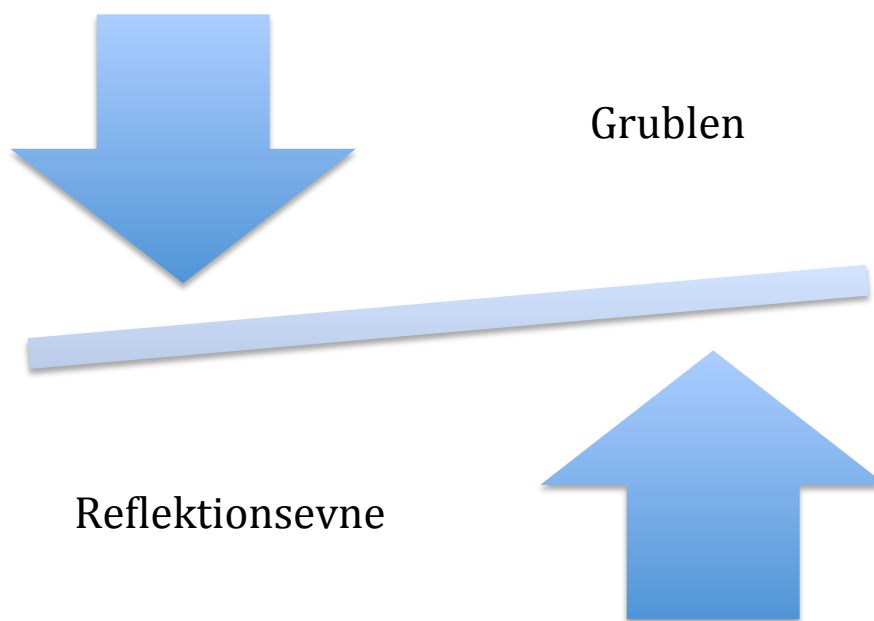
husker tilbuddet selv over lang tid og synes at anvende muligheden for fornyet kontakt som en måde at håndtere suicidaliteten i deres liv.

Man ved fra andre undersøgelser, at selvmord er et multifaktorielt fænomen hos individet og at kvaliteten og tilgængeligheden af behandlingstilbud spiller en stor rolle (Leo & Sveticic 2010; Schneidman 1998; While et al. 2012)

Der er også i en del sager indikation på, at patienterne faktisk bruger de redskaber til impulsstyring/behovsudsættelse, som de får præsenteret i behandlingen. Reflektionsevnen styrkes også hos nogle, så de får en styrket evne til at vende en nedadgående grublingsspiral og realitetsteste deres tanker i forhold til den aktuelle situation. Dette støttes af Nadia Stellrecht og Thomas E. Joiner i deres terapeutiske artikel om negative interpersonelle processer i suicidal depression (Stellrecht et al 2006).

Fordi vi er en del af sundhedsvæsenet og af det paradigme omkring syg/rask, der hersker her, er vi tilbøjelige til at betragte suicidalitetsbehandling og reduktion af selvmord ud fra et snævert behandlingsmæssigt/ diagnostisk synspunkt. Bidrag til reduktion af suicidalitet kan komme fra behandling af enkelte diagnoser, hvad man ser ved behandling af depression (Butler et al 2006) og behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type (Linehan 1991, Borschman et al 2012, Tørmoen 2013), men dette kan ikke stå alene.

Suicidalitet er et særskilt multifaktorielt problemkompleks og kan ikke nås med et enkelt behandlingskoncepts tilgang alene. Vi må acceptere, at der ikke findes én tilgang til behandling, som virker for alle. Derfor må det være på sin plads at tage udgangspunkt i individet og dets kompleks af faktorer og anvende forskellige behandlingstilgange tilpasset forskellige patient profiler. I denne sammenhæng er det også vigtigt at håndtere forskellen i behandlingskomplians, som muligvis kan forklares gennem O'Connor's studier af personlighed og kognitive processer (O'Connor et al 2008), hvor han påviser en stærk sammenhæng mellem en tendens til at gruble i en nedadgående negativ tankespiral (brooding) og suicidalitet, mens refleksivitet giver den modsatte effekt. Tilbøjeligheden til grublen og negative tankespiraler kunne godt indikere ringere refleksive evner (Williams 2005) og dermed umiddelbart udelukke patienter fra behandlingstiltag, der kræver en god evne til refleksion.



I stedet for at tilbyde patienterne en bestemt adfærdskorrigerende behandling og måle deres evne til at respondere på den, ønsker jeg med denne undersøgelse at bidrage til forståelsen af, at hvad der virker er at undersøge det konkrete komplekse symptombillede sammen med, at man betragter den faktisk udfoldede adfærd i forhold til behandling. På den måde kan vi måske sikre, at det er de patienter, der har mest behov for hjælp, der får den og ikke de patienter, der er bedst til at kvalificere sig til den behandling, vi har. Den stærke rolle, som den sociale belastning har for symptombilledet, indikerer også, at suicidalitet ikke er et problem, der kan løses alene af sundhedsvæsenet, men i høj grad er et anliggende også for det sociale felt.

Vi er tilbøjelige til at betragte risikofaktorer og resiliensfaktorer som noget, der hører individet til. Men det giver mening i højere grad at betragte det som en del af det miljø, som skaber suicidaliteten (Finkelhor 2009, Christiansen 2012). Når man på denne måde kobler disse faktorer til det sociale miljø i bredere forstand, får man også bedre mulighed for at forklare, hvilken sammenhæng, der er mellem disse faktorer og de historiske og kulturelle forskelle i selvmordshyppighed og udtryk, som vi kan observere (Durkheim 1897, 2001).

Perspektiver

Undersøgelsen viser, at der er væsentlige mangler i det datasæt, der registreres i Center for Selvmordsforebyggelse, både i forhold til at bruge det som forskningsmateriale, men især hvis man også ønsker at bruge det som instrument i evalueringen af behandlingens effekt og mulighederne for forbedring og differentiering af behandlingsindsatsen. Især hvad angår registreringen af alkohol- og stofmisbrug, vold og traumer i opvækst og aktuelle situation samt en bedre og sikrere diagnosticering.

Den manglende registrering af vold og traumer er særlig alvorlig, da der er god evidens for, at netop dette er særligt stærke prediktorer for selvmordsadfærd (Jokinen et al 2010).

I en artikel fra 2011 (Lopez-Castroman et al 2011) beskrives forskellige karakteristika ved en population af selvmordsforsøgere, som støtter denne undersøgelses fund, nemlig (1) at selvmordsforsøgere er mere tilbøjelige til at udvikle misbrug, som nærer nye selvmordsforsøg, (2) at alderen ved første forsøg måske kan prædikere, i hvert fald delvis, alvorligheden af de efterfølgende forsøg, (3) at effekten af affektive lidelser og angstlidelser sandsynligvis moduleres med alderen. Ved hjælp af 7 simple assesment redskaber mener de at kunne styrke prædiktionen.

Undersøgelsen viser et behov for at afdække, om der skulle være fordele ved indledende screening af patienterne for at dele patienterne i forskellige patientkategorier med forskellige behandlingsmæssige behov og evner for kompliance.

På forberedelsesstadiet er endnu et multicenter projekt med et prospektivt sigte. De 4 centre i København, Århus, Aalborg og Odense har alle i flere år anvendt David Jobes' behandlingskoncept CAMS (Jobes 2000), og der er planlagt en ét-årig dataindsamling på patienter fra de 4 centre, hvori der, udover en evaluering af CAMS, også indgår en index screening og en efterfølgende klinisk opfølgning over 18 måneder samt en registerbaseret opfølgning over 10 år. Denne undersøgelse kunne anvendes som anledning til at få afprøvet en indledende screening og efterfølgende vurdering af muligheden af at inddele patienterne i forskellige patientkategorier med forskellige forudsætninger og behov. På den måde kunne man i et prospektivt perspektiv afprøve validiteten af herværende undersøgelses hypoteser om behandlingsdifferentiering.

Referencer

- Beautrais, Annette L.; Gibb, Sheree J.; Faulkner, Alan; Fergusson, David M.; Mulder, Roger T.. Postcard intervention for repeat self-harm: randomized controlled trial. *BJPsych* (2010), 197, 55-60. Doi: 10.1192/bjp.bp.109.075754
- Beck, Aaron T.; Weissman, Arlene; Lester, David; Trexler, Larry (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 42(6), Dec 1974, 861-865
- Belik, Shay-Lee; Brian J. Cox; Murray B. Stein; Gordon J.G. Asmundson; Jitender Sareen. Traumatic Events and Suicidal Behaviour, Results From a national Mental Health Survey. *The journal of Nervous and Mental Disease, Volume 195, Number 4, April 2007.*
- Benjaminsen, Sigurd E.; Knudsen, Anna F.; Thomsen, Rita L. T. & Balssløv, Kim D. (2006). Forebyggelse af gentaget selvmordsforsøg. *Ugeskr Læger* 168/6. 6. Februar 2006
- Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Lönquist, J., Michel, K., Salander-Renberg, E., Stiles, T.C., Wasserman, D. Egebo, H.(1996). A Repetition-Prediction Study on European Parasuicide Populations. *Crisis, 17/1 1996, Hogrefe & Huber Publishers*
- Borschman, R.; Henderson, C.; Hogg, J.; Phillips, R.; Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.*
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, 77-101
- Butler, Andrew C.; Chapman Jason E.; Forman, Evan M.; Aaron T. Beck. The enpirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26 (2006) 17 -31.
- Christiansen, E. & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41, 257-265
- Christiansen, E. & Larsen, K.J. (2012). Young people's risk of suicide attempts after contact with a psychiatric department – a nested case-control design using Danish register data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53: 16-25.doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02405.x
- Christiansen, E., Jensen, B. F. (2004). Register for Suicide Attempt. *Dan Med Bull* 2004; 51:415-417
- Christoffersen, M. N.; H. D. Poulsen; A. Nielsen. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 350-358.

- Creswell, John W (2009). Rsearch Design. *SAGE Publications Inc.*
- Daigle, Marc S. et al (2011). Suicide Attempts: Prevention of Repetition. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol 56, No 10; October 2011
- Durkheim, Emile (2001). Selvmordet. *Gyldendal Norsk Forlag A/S 2001.*
- Egelund, T. & Hestbæk, A.D. (2003). Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet – en forskningsoversigt. *SFI 2003.*
- Erlangsen, Annette; Lind, B.D.; Pedersen, C.M.; Winsløw, J.; Wang, A.; Langhoff, C.; Nordentoft, M. (2012-2014) Opfølgning af behandling til selvmordstruede ved regionale Kompetencecentre. *Forskerenheden, Psykiatrisk Center København (under skrivning)*
- Fenger, Morten (2013). Psychotherapy: Attendance and effects on utilisation of health care services and occupational functioning. PhD Thesis. *Faculty of Social Sciences. University of Copenhagen.*
- Fenger, Morten; Poulsen, Stig; Mortensen, Erik Lykke & Lau, Marianne (2013). A Register-Based Study of Occupational Functioning in Non-Psychotic Patients Before and After Psychotherapy. *The Open Psychiatry Journal*, 2013,7,1-8.
- Finkelhor, David, Richard Ormrod, Heather Turner and Melissa Holt (2009). Pathways to Poly-Victimization. *Child Maltreatment Volume 14 Number 4 November 2009 316-329*
- Flyvbjerg, Bent (1991). Rationalitet og magt. *Akademisk Forlag*
- Foucault, M. (1974). The Archaeology of Knowledge. *London: Tavistock Publications*
- Foucault, M. (2005). Sindssygdhed og psykologi. *Hans Reitzels Forlag*
- George, Alexander L & Bennett, Andrew (2005). Case Studies and Theory Development in the Social Sciences. *MIT Press*
- Gergö Hadlaczky, Danuta Wasserman, Christina W. Hoven, Donald J. Mandell and Camilla Wasserman (2011). Suicide Prevention Strategies: Case Studies from across the Globe. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice, John Wiley & Sons, Ltd. 2011*
- Gilje, Nils & Grimen, Harald (1995). Samfunnsvitenskapenes Forutsetninger. *Universitetsforlaget A/S.*
- Glaser, Barney G. & Anselm L. Strauss (1967). The Discovery of Grounded Theory. *Aldine, Chicago*
- Gouldney, Robert D. (2005). Risk factors for suicidal behaviour: translating knowledge into practice. *Prevention and treatment of suicidal behaviour (red, Keith Hawton 2005);10:161-182*
- Gunnell, D. & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspiration and evidence. *BMJ*, 308, 1227-1233.

- Gunnell, David (2005). Time trends and geographic differences and suicide: implications for prevention, Prevention and treatment of suicidal behaviour (red. Keith Hawton), *Oxford University Press* 2005
- Hawton, Keith (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. *Prevention and treatment of suicidal behaviour* 12:197-219
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van, H. K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Traskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition", *BMJ*, vol. 317, no. 7156, pp. 441-447.
- Hepp, U.; Wittmann, L.; Schnyder, U. et al. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide. An overview of treatment studies. *Crisis* 2004; 25(3): 108-117
- Hjelmeland and Knizek (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide an Life-Threatening Behavior* 40(1) February 2010
- Hunter, K.M. (1991). Doctor's stories: the narrative structure of medical knowledge. *Princeton, NJ: Princeton University Press* 1991.
- Hvid M.; Wang AG (2009). Preventing repetition of attempted suicide – I. Feasibility (acceptability, adherence and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare. *Nord J Psychiatry* 2009;63:148-153. Oslo
- Jobes, D.A. (2000). Collaborating to prevent suicide: a clinical-research perspective. *Suicide life Threat. Behav.* 2000;30:8-17
- Joiner, T.E.; Van Orden, K.A.; Witte, T.K. & Rudd, M.D. (2009). The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients. *Washington, DC: American Psychological Association*.
- Joiner, Thomas E.; Matalie J. Sachs-Ericsson; LaRicka R. Wingate; Jessica S. Brown; Michael D. Anestis; Edward A. Selby. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research an Therapy* 45 (2007) 539-547.
- Jokinen, Jussi; Kaj Forslund; Ewa Ahnemark; J. Petter Gustavson; Peter Nordström and Marie Åsberg. Karolinska Interpersonal Violence Scale Predicts Suicide in Suicide Attempters. *J Clin Psychiatry* 71:8, August 2010.
- Juul, Svend (2007). Epidemiologi og evidens. *Munksgaard*.
- Leo, D. D., & Sveticic, J. (2010). Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(01), 8-15.
- Lindquist, Karoline Alfheim; Tørmoen, Anita Johanna & Lars Mehlum (2013). Dialektisk atferdsterapi – en relevant behandling for pasienter med rusmisbruk og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?. *Suicidologi* 2013, Årg. 18, Nr. 3.

Linehan, Marsha M.; Armstrong, Hubert E.; Suarez, Alejandra; Allmon, Douglas; Heard, Heidi L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry* – Vol 48, December 1991.

Lopez-Castroman, Jorge; Maria de las Mercedes Perez-Rodriguez; Isabelle Jaussent; Analucia A. Alegria; Antonio Artes-Rodriguez; Peter Freed; Sabastien Guillaume; Fabrice Jollant; Jose Miguel Leiva-Murillo; Alain Malafosse; Maria A. Oquendo; Mario de Prado-Cumplido; Jeronimo Saiz-Ruiz; Enrique Baca-Garcia; Philippe Courtet and European Research Consortium for Suicide (EURECA). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research* 45 (2011) 619-625.

Madsen T.; Agerbo E.; Mortensen PB & Nordentoft M..Predictors of Psychiatric Inpatient Suicide – A National Prospective Register-based Study. *J Clin Psychiatry*. 2011 Aug 23.

McCune, B. and M. J. Mefford. 2011. PC-ORD. Multivariate Analysis of Ecological Data. Version 6. *MjM Software, Gleneden Beach, Oregon, U.S.A.*

Mehlum, Lars. (2005). Traumatic Stress and Suicidal Behaviour: an important target for treatment and prevention. *Prevention and treatment of suicidal behaviour (2005)* 121-138, *Oxford University Press* 2005

Melhem, Nadine M.; David A. Brent; Melissa Ziegler; Satish Iyengar; David Kolko; Maria Oquendo; Boris Birmaher; Ainsley Burke; Jamie Zelasny; Barbara Stanley; J. John Mann. Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* 164:9, September 2007.

Morthorst et al (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;345:e4972 doi: 10.1136/bmj.e4972

Motto, Jerome A.; Alan G. Bostrom (2001). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatric Services*, June 2001, Vol. 52 No. 6.

Nielsen, Bent (1994). Prædiktorer For Gentagen Suicidal Adfærd. *Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Odense Universitet*

Nordentoft, Merete (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Dan Med Bull* 2007;54:306-69.

O'Connor, Rory C., Rosie Noyce (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy* 46 (2008) 392–401.

Pedersen, C.B, Gøtzsche, H., Møller, J.Ø., Mortensen, P.B. The Danish Civil Registration System. *Dan Med Bull* 2006; 53: 441-449

Pierce, D W (1977). Suicidal intent in self-injury. *The British Journal of Psychiatry* 1977;130:377-385

Popper, Karl R.. Kritisk rationalisme. *Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck*

Qin, Ping, Bente Hjorth Madsen, Preben Bo Mortensen (2009). Characteristics of clients to a suicide prevention centre – An epidemiological analysis of the users over a 10-year period. *Journal of Affective Disorders* 115 (2209) 339-346.

Schneidman, E.S. (1998). *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press

Schwartz-Lifshitz, Maya; Zalsman, Gil; Giner, Lucas; Oquendo, Maria A. (2012). Can We Really Prevent Suicide?. *Curr Psychiatry Rep* (2012) 14:624-633

Silverman, Morton M., MD, Alan L. Berman, PhD, Nels D. Sanddal, MS, Patrick W. O'Carroll, MD, MPH, and Thomas E. Joiner, Jr., PhD. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3) June 2007 ▲ 2007 The American Association of Suicidology

Statens Helsetilsyn. (1994). Selvmordsforebyggende arbeid, Bærumsmodellen. (Work on Suicide Prevention — the Bærum Model). *Utredningsserie 4-94*.

Stellrecht, Nadia E., Thomas E. Joiner & M. David Rudd. Responding to and Treating Negative Interpersonal Processes in Suicidal Depression. *Journal of clinical Psychology*, Vol. 62(9), 1129-1140 (2006)

Stenager, E. N. (1996). Attempted suicide: treatment and outcome. A clinical psychiatric study. *DANISH MEDICAL BULLETIN*, 43(2), 200-201.

Stige, B.; Malterud K.; Midtgaarden T.. Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qual Health Res*. 2009; 19:1504-16.

Stige, B.; Malterud, K.; Midtgarden T.. Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qual Health Res*. 2009;19:1504-16

Søgaard, Bodil (2012). Samtalen efter selvmordsforsøget – hvem benytter tilbuddet?. *Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet*

Teicher, Martin H.; Anderson, Carl M. & Polcari, Ann (2011). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus and subiculum. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1115396109

Tørmoen, Anita; Rossow, Ingeborg; Larsson, Bo; Mehlum, Lars. Non suicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2013, Vol.48(9), pp.1447-1455

Veerman, J.W. & van Yperen, T.A. Degrees and freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.

Wasserman D.. Alcohol and Suicidal Behaviour. *Nord J Psychiatry* 1993;47/4:265-271

While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., . . . Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, 379(9820), 1005-1012.

- Wilkinson, G. (1994). Can suicide be prevented? *British Medical Journal*, 309, 860-862
- Williams, J. Mark G.; Catherine Crane; Thorsten Barnhofer and Danielle Duggan (2005). Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. *Prevention and treatment of suicidal behaviour (red, Keith Hawton 2005)*;5:71-89
- Yin, Robert K. (2003). Applications of Case Study Research. *Applied Social Research Methods Series; v. 34, Sage Publications, Inc. 2003*
- Yin, Robert K. (2009). Case Study Research. *SAGE Publications Inc.*
- Zahl, Daniel Louis & Hawton, Keith (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11.583 patients. *BJP* 2004, 185:70-75

Bilag 1 Oprindeligt spørgeskema

KLINIK FOR SELVMORDSTRUEDE REGION SYDDANMARK

1

9 / 99 - UOPLYST

1. Klientnummer:

2. Registreringsdato:

3. Tidl. registreringsnr.:

4. Genoptagne :

1 med selvmordsforsøg
2 uden selvmordsforsøg

5.. Køn: 1 Mand
2 Kvinde

6.. Alder:

7. Dato for første kontakt til Forebyggelsescentret:

8. Henvist fra:

1. Skadestuen
2. Afd. P
3. Somatisk Afd.
4. Distriktpsykiatri
5. Socialforvaltningen
6. Egen læge
7. Selvhenvist
8. Selvhenvist efter skriftlig henvendelse fra os
9. Selvhenvist på opfordring af andre (egen læge ol.)
10. Andet: _____

9. Dato for aktuelle selvmordsforsøg:

10. **Tidl. selvmordsforsøg:**
1 - JA / 2 - NEJ ☐
11. **Hvis JA, hvor mange** ("utallige" forsøg = 77): ☐☐
12. **Dato for sidste selvmordsforsøg:**
(forsøg umiddelbart før det aktuelle) ☐☐☐☐☐☐☐☐
13. **Selv mord/selv mordsforsøg i familie/nære omgangskreds:**
1- JA / 2 - NEJ ☐
14. **Metode(r):** (i henhold til ICD 10) 1- ANVENDT(E) METODODE(R)
X. ☐☐
X. ☐☐
X. ☐☐
15. **Alkohol i forbindelse med selvmordsforsøget:** 1 - JA
2 - NEJ
3 - UVIST ☐
16. **Hvis JA, hvor mange genstande (ca.):** ☐☐
17. **Pierces:** ☐☐
18. **Udløsende årsag (checkliste over problemer):**
1 - JA
2 - NEJ
1. Problemer med din partner/ægtefælle ☐
2. Problemer med dine forældre ☐
3. Problemer med dine børn ☐

- | | |
|--|--------------------------|
| 4. Problemer med at få eller vedligeholde venskaber eller sociale relationer | <input type="checkbox"/> |
| 5. Problemer med at få arbejdskammerater | <input type="checkbox"/> |
| 6. Følelse af ensomhed | <input type="checkbox"/> |
| 7. En kærestes/elskers afvisning | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fysisk sygdom/handicaps | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mental sygdom eller psykiske problemer | <input type="checkbox"/> |
| 10. Problemer med arbejdet/arbejdspladsen | <input type="checkbox"/> |
| 11. Arbejdsløshed | <input type="checkbox"/> |
| 12. Afhængighed (af alkohol, stoffer, spil ol.) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Økonomiske problemer | <input type="checkbox"/> |
| 14. Kriminalitet | <input type="checkbox"/> |
| 15. Smerter | <input type="checkbox"/> |
| 16. Dødsfald | <input type="checkbox"/> |
|
19. Intention bag selvmordsforsøg: | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ønske om at dø | |
| 2. Pludselig indskydelse | |
| 3. Ville sove fra det hele | |
| 4. Ønske om at påvirke andre | |
| 5. Ønske om hjælp | |

20. **Motiver til selvmordsforsøget:**

Hvis flere, da det væsentligste (terapeutens skøn)

□

1. Uudholdelig tilstand, stærk anspændthed o. Lig. (affekt)
2. Vrede, bitterhed (agression)
3. Skyldfølelse, dårlig samvittighed (skyld)
4. Skamfølelse, flovhed (skam)
5. Ikke at være noget værd (lav selvfølelse)
6. Håbløshedsfølelse
7. Skuffelse (frustration)
8. Følelse af ensomhed, tomhed, forladthed (ensomhed)

21. **Civilstand:**

□

- 1 - Ugift - ikke samlevende
- 2 - Ugift - samlevende
- 3 - Gift
- 4 - Fraskilt/Separeret
- 5 - Enke/enkemand

22. **Hvem bor klienten aktuelt sammen med:**

□

- 1 - Bor alene - har ingen børn
- 2 - Bor alene med børn
- 3 - Bor alene - har børn
- 4 - Bor med partner uden børn
- 5 - Bor med partner med børn
- 6 - Bor hos forældre
- 7 - Bor sammen med familie/venner
- 8 - Bor på institution/fængsel ol.

23. **Antal hjemmeboende børn:** ┐
24. **Indkomstforhold:** ┐
- 1 - Lønindtægt
2 - Sygedagpenge
3 - Bistandshjælp
4 - Førtidspension
5 - Folkepension
6 - Efterløn
7 - Arbejdsløshedsunderstøttelse
8 - S.U.
9 - Andet: _____
25. **Skoleuddannelse:** ┐
- 1 - 7.klasse eller mindre
2 - 8. klasse
3 - 9., 10. klasse
4 - Student/HF
5 - Andet: _____
26. **Erhvervsuddannelse:** ┐
- 1 - Ingen erhvervsuddannelse
2 - Tillært/oplært specialarbejder
3 - Faglært
4 - Kortere/mellemlang teoretisk uddannelse
5 - Højere uddannelse/akademisk uddannelse
27. **Fysisk lidelse:** 1 - JA
 2 - NEJ ┐

(Hvis NEJ - fortsæt med spørgsmål 31)

Hvis JA, hvilke(n):

1. Neurologisk
2. Hjerter-kredsløbssygdom
3. Sygdom i mave-tarm
4. Urologisk sygdom
5. Gynækologisk sygdom
6. Øjen/næse/hals-sygdom
7. Sygdom i bevægelsessystemet, kirg.
8. Sygdom i bevægelsessystemet, med.
9. Sygdom i bevægelsessystemet, fys.
10. Infektionssygdom
11. Lungesygdom
12. Hormonale forandringer
13. Diabetes
14. Hudsygdom
15. Anden fysisk lidelse: _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

28. **Er lidelsen kronisk:**

- 1 - JA
2 - NEJ

☐

29. **Smerter:**

- 1 - JA
2 - NEJ

☐

30. **Hvis JA, hvor ofte:**

1. Smerter dagligt
2. Smerter ugentligt
3. Smerter månedligt

☐

31. **Psykiatrisk diagnose:**

- 1 - JA
2 - NEJ

☐

Hvis JA - Hvilken:☐

1. Depressiv lidelse (melankoliform)
2. Psykose (bl.a. skizofreni)
3. Personlighedsforstyrrelse
4. Anden psykisk lidelse
5. Misbrug uden anden psykisk lidelse

32. **Psykiatrisk diagnose:**ICD10: ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐DMSIII: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐33. **Kontaktform:**

1. Antal samtaler i hjemmet:
2. Antal samtaler her:
3. Antal samtaler andre steder:
4. Antal samtaler i alt

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐34. **Inddragelse af:**

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Familie | <input type="checkbox"/> | 6. Egen læge | <input type="checkbox"/> |
| 2. Afd. P | <input type="checkbox"/> | 7. Netværkskontakten | <input type="checkbox"/> |
| 3. B & U råd. | <input type="checkbox"/> | 8. Alkoholamb. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Soc. Forvaltning | <input type="checkbox"/> | 9. Hjemmeplejen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Priv. prak. Psyk. | <input type="checkbox"/> | 10. PD. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Priv. Prak. Psykolog | <input type="checkbox"/> | 11. Andre: | <input type="checkbox"/> |

35. **Afsluttet med:**☐

1. Færdigbehandlet - ikke viderehenvist
2. Færdigbehandlet - viderehenvist
3. Behandling afbrudt

36. Hvis henvist til "efterbehandling", hvortil (evt. flere muligheder):

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Afd. P | <input type="checkbox"/> | 7. Egen læge | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alkoholamb. | <input type="checkbox"/> | 8. Soc. Forvaltning | <input type="checkbox"/> |
| 3. B&U råd | <input type="checkbox"/> | 9. Netværkskontakten | <input type="checkbox"/> |
| 4. Priv. Psykiater | <input type="checkbox"/> | 10. PD | <input type="checkbox"/> |
| 5. Priv. Psykolog | <input type="checkbox"/> | 11. Andre: | <input type="text"/> |
| 6. Hjemmeplejen | <input type="checkbox"/> | | <input type="text"/> |

37. Hvis behandling afbrudt, hvorfor:

1. Flyttet
2. Fængslet
3. Indlagt
4. Klientens ønske
5. Klienten suicideret
6. Uvist
7. Død

☐

38. Dato for behandlingsophør:

39. Gentagne selvmordsforsøg indenfor behandlingsperioden:

1 - JA

2 - NEJ ☐

40. Dato(er) for gentagne selvmordsforsøg indenfor behandlingsperioden:

41. Selvmordsdato:

42. Selvmordsforsøg efter afslutning:

43. **Etnisk baggrund**

1. Danmark
2. Norden, Færøerne,
Grønland
3. Tidl. Jugoslavien
4. Tyrkiet
5. Øvrige Europa
6. Marokko
7. Somalia
8. Øvrige Afrika
9. Nordamerika
10. Syd- og mellemamerika
11. Afghanistan
12. Irak
13. Iran
14. Pakistan
15. Sri Lanka
16. Thailand
17. Vietnam
18. Øvrige Asien
19. Oceanien
20. Andet

44. **Sygehus**

1. Odense
2. Middelfart
3. Faaborg
4. Svendborg
5. Nyborg
6. Ringe
7. Ærøskøbing
8. Give
9. Grindsted
10. Vejle
11. Fredericia
12. Kolding
13. Esbjerg
14. Brørup
15. Haderslev
16. Sønderborg
17. Aabenraa
18. Tønder

45.	Bopælskommune (Fyn)	<i>Kerteminde</i>
	<i>Middelfart:</i>	439 Kerteminde
	429 Ejby	441 Langeskov
	445 Middelfart	447 Munkebo
	451 Nr. Åby	
	<i>Assens</i>	<i>Nyborg</i>
	421 Assens	449 Nyborg
	433 Glamsbjerg	489 Ullerslev
	437 Haarby	495 Ørbæk
	485 Tommerup	
	491 Vissenbjerg	<i>Odense</i>
	499 Årup	461 Odense
	<i>Nordfyn</i>	<i>Langeland</i>
	423 Bogense	475 Rudkøbing
	471 Otterup	481 Sydlangeland
	483 Søndersø	487 Tranekær
	<i>Faaborg-Midfyn</i>	<i>Svendborg</i>
	425 Broby	427 Egebjerg
	431 Faaborg	435 Gudme
	473 Ringe	479 Svendborg
	477 Ryslinge	<i>Ærø</i>
	497 Årslev	443 Marstal
		493 Ærøskøbing
	Bopælskommune (Esbjerg)	540 Sønderborg
	530 Billund	550 Tønder
	561 Esbjerg	580 Aabenraa
	563 Fanø	
	573 Varde	Bopælskommune (Vejle-Kolding)
	575 Vejen	607 Fredericia
	Bopælskommune (Aabenraa)	621 Kolding
	510 Haderslev	630 Vejle
46.	Registreringssted	
	1. Odense	
	2. Esbjerg	
	3. Aabenraa	
	4. Kolding	

Bilag 2 Forslag til revideret spørgeskema

- | | | |
|-----|---|---|
| 1. | Klientnummer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. | Tidl. Klientnummer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. | Genoptagne: 1 = med selvmordsforsøg
0 = uden selvmordsforsøg | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Køn: 1 = mand
2 = kvinde | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Alder: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. | Dato for aktuel kontakt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. | Henvist fra:

1. Somatisk skadestue
2. Psyk. Skadestue
3. Psyk. Sengeafsnit
4. Kommune
5. Egen læge
6. Selvhenvist
7. Andet | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. | Henvist med: 1 = selvmordsforsøg
0 = uden selvmordsforsøg | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Dato for aktuelle selvmordsforsøg | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. | Tidl. Selvmordsforsøg: 1 = Ja
0 = Nej | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Hvis Ja, hvor mange | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. | Selv mord/selv mordsforsøg i familie/nære omgangskreds:

1 = Ja
0 = Nej | <input type="checkbox"/> |

14. Metode(r): ICD10
- X. ☐ ☐
- X. ☐ ☐
- X. ☐ ☐
15. Alkohol i forbindelse med selvmordsforsøget: 1 = ja
0 = Nej
16. Vold/ overgreb: 0 = Nej
1 = Ja, som barn
2 = Ja, som voksen
3 = Ja, både som barn og voksen
- Følelsesmæssig vold ☐
- Fysisk vold ☐
- Seksuelt misbrug ☐
17. Pierce: ☐ ☐
18. Udløsende årsag for selvmordsadfærd: 0 = Nej
1 = Ja
1. Problemer med partner/ægtefælle ☐
2. Problemer med forældre ☐
3. Problemer med sine børn ☐
4. Problemer med at få eller vedligeholde venskaber eller sociale relationer ☐
5. Følelse af ensomhed ☐
6. Kæreste/elskers afvisning ☐
7. Problemer med arbejdet/arbejdspladsen ☐
8. Arbejdsløshed ☐
9. Afhængighed (af alkohol, stoffer, spil...) ☐
10. Økonomiske problemer ☐
11. Kriminalitet ☐
12. Dødsfald hos nærtstående ☐
19. Intention bag selvmordsforsøg ☐
1. Ønske om at dø
2. Pludselig indskydelse
3. Ville sove fra det hele
4. Ønske om at påvirke andre
5. Ønske om hjælp

20. Motiver til selvmordsforsøget/adfærden (David Jobes): Skala 1-5
1. Grad af psykisk smerte ☐
 2. Grad af stress ☐
 3. Grad af indre uro/rastløshed ☐
 4. Grad af håbløshed ☐
 5. Grad af selvhad ☐
21. Civilstand: ☐
1. Samlevende
 2. Enlig
22. Fysisk Lidelse: 0 = Nej ☐
1 = Ja
(Hvis Nej – fortsæt med spørgsmål 25)
23. Er lidelsen kronisk: 0 = Nej ☐
1 = Ja
24. Smerter: 0 = Nej ☐
1 = Ja
25. Psykiatrisk diagnose: 0 = Nej ☐
1 = Ja
26. Type af diagnose: ☐
1. Depressiv lidelse
 2. Psykose (bl.a. skizofreni)
 3. Personlighedsforstyrrelse
 4. Anden psykisk lidelse (herunder krise)
 5. Misbrug uden anden psykisk lidelse
27. Psykiatrisk diagnose ICD10: ☐☐ ☐☐
☐☐ ☐☐
☐☐ ☐☐
28. Antal samtaler ☐

29. Inddragelse af: ☐
1. Familie
 2. Psykiatrisk afdeling
 3. Kommune
 4. Priv. Psykolog
 5. Priv. Psykiater
 6. Egen læge
 7. Misbrugscenter
 8. Ældrepleje
 9. Psykoterapeutisk afsnit
30. Afsluttet med: ☐
1. Færdigbehandlet
 2. Viderehenvist
 3. Behandling afbrudt
31. Gentagne selvmordsforsøg indenfor behandlingsperioden: ☐
- 0 = Nej
1 = Ja
32. Selvmord i behandlingsperioden – dato: ☐☐☐☐☐☐
33. Bopælskommune (som i gl. Skema)
34. Registreringssted: ☐
1. Odense
 2. Esbjerg
 3. Aabenraa
 4. Kolding

Kommentar:

Spørgeskemaet er søgt moderniseret med respekt for, at de gamle data og de nye skal kunne sammenlignes. Derfor er der bevaret nogle kategorier, som ikke er helt tidssvarende, men stadig kan forstås.

Demografiske data omkring uddannelse, indkomstforhold og erhverv er udeladt, da de kan hentes via centrale registre med større sikkerhed og ensartethed.

Motiver til selvmordsforsøget er ændret, fordi det giver mere mening at anvende de kategorier, der indgår i CAMS, som anvendes i Center for Selvmordsforebyggelse, og som bygger på nyere forskning i motiver hos suicidale personer.

Civilstand er ændret til samlevende/ikke samlevende, fordi det er dette indhold, der er væsentligt.

Blandt udløsende årsager er fysisk sygdom/handicaps, mental sygdom eller psykiske problemer og smerter fjernet, da de er repræsenteret i et selvstændigt spørgsmål. Hvis de blev bevaret begge steder kan de give bias på grund af dobbelt repræsentation.

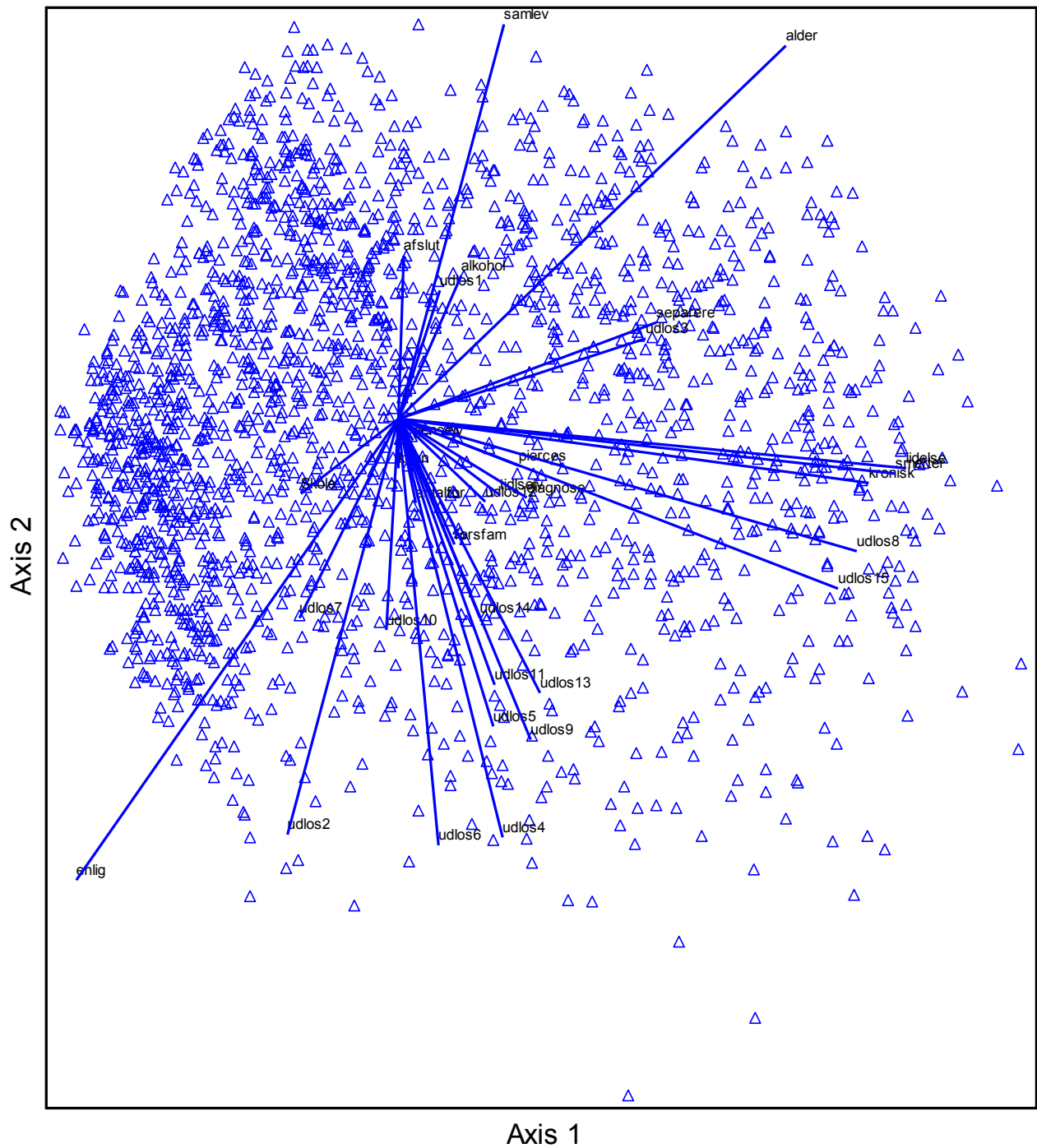
Etnisk baggrund er fjernet, da den ikke er særlig relevant og kan give problemer i forhold til registerloven.

I hele datasættet er det tilstræbt, at Nej = 0 og Ja = 1, så den der taster bliver tvunget ind i en sikrere registrering.

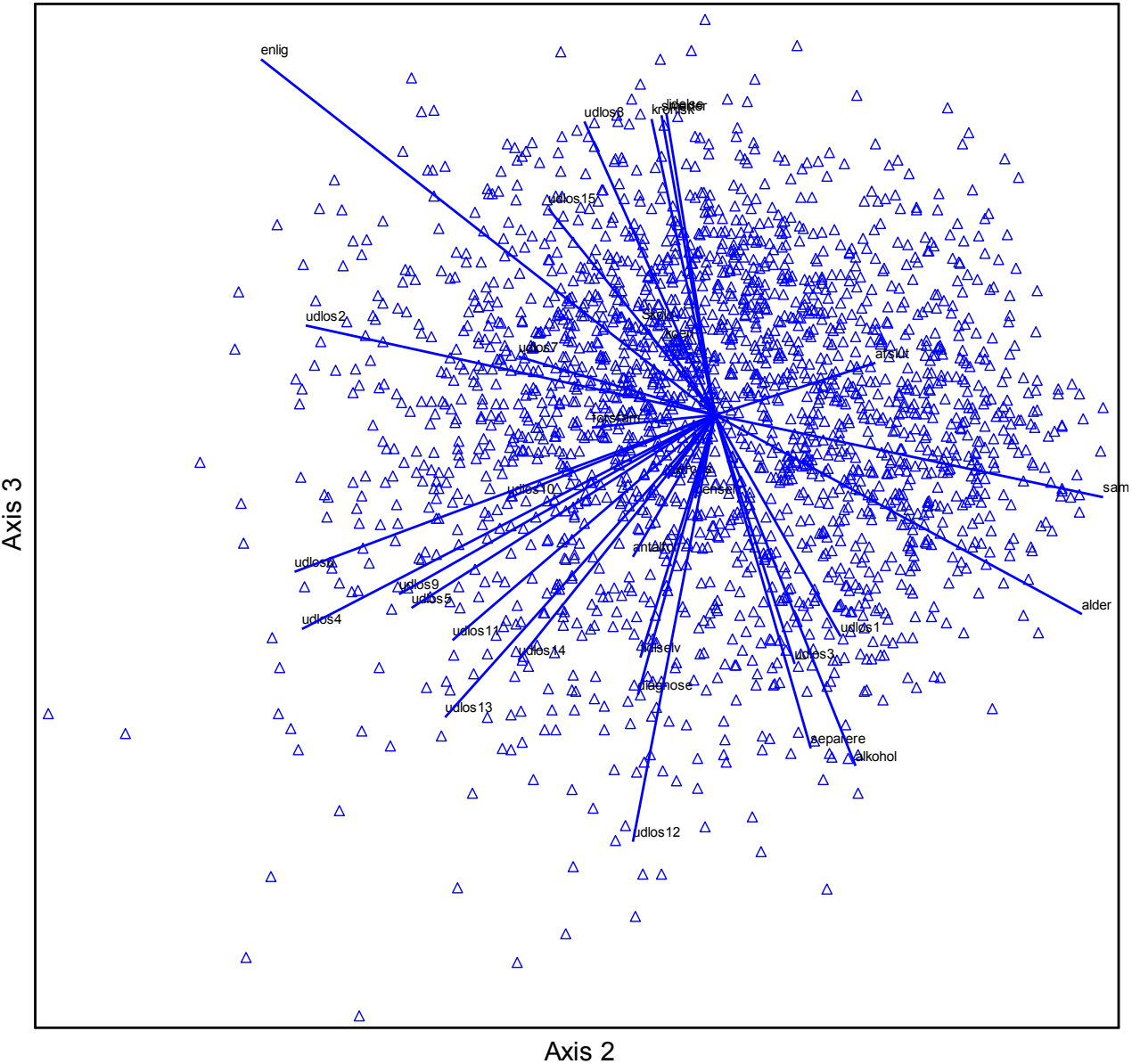
Endelig er der tilføjet spørgsmål om vold og traumer samt seksuelt misbrug. Dette afsnit er inspireret af NorVold abuse questionnaire, NorAQ (Wijma et al. 2004).

Bilag 3 Fuldt datasæt

Suicidal analyses_Bertel 2014



Suicidal analyses_Bertel 2014



Bilag 4 Gentagere

